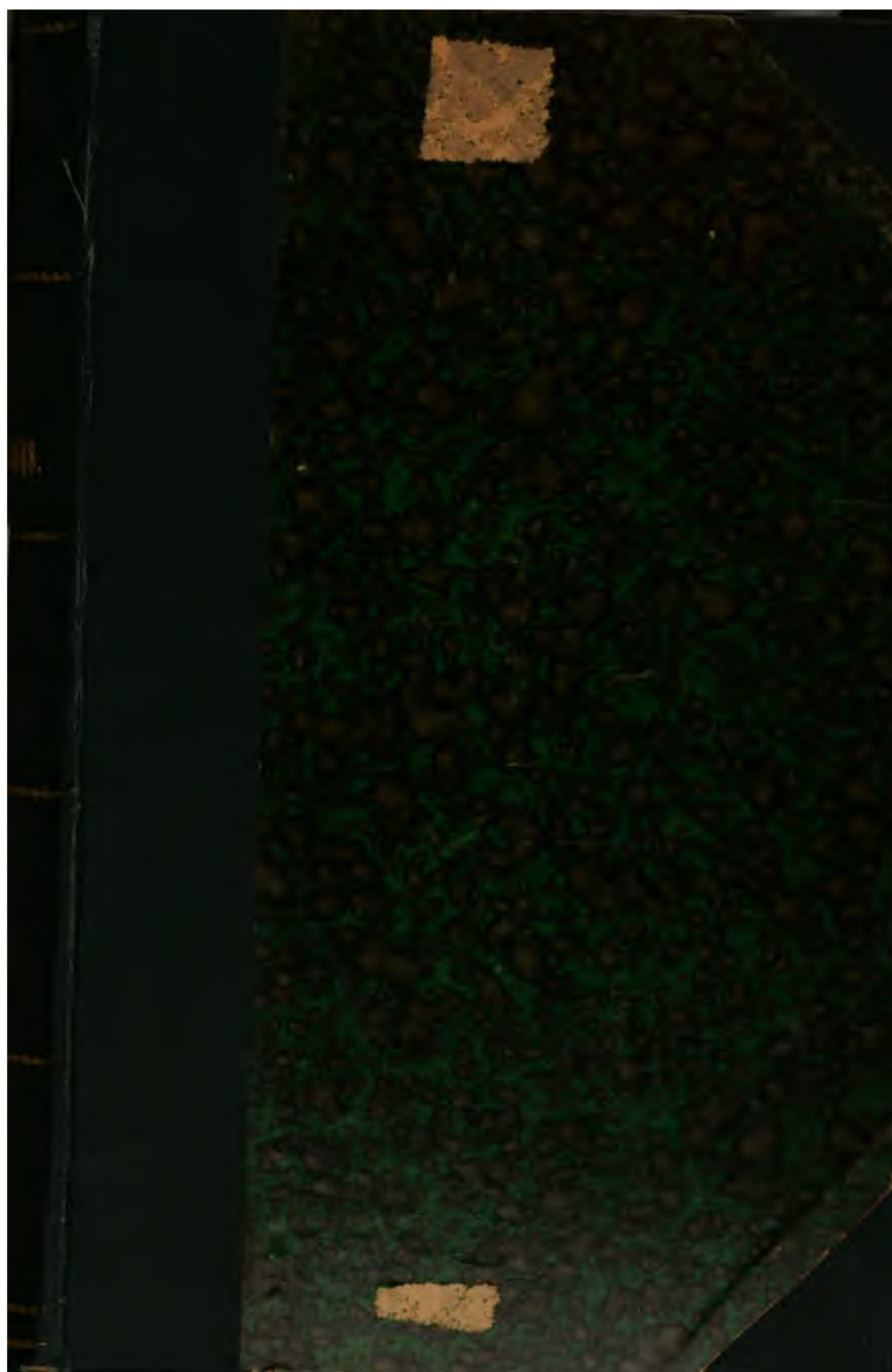



Ex-libris
Charles Atwood
Kofoid


SEAL OF THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA
LET THERE BE LIGHT
1868

LES PSYCHONÉVROSES

ET

LEUR TRAITEMENT MORAL

DU MÊME AUTEUR

De l'influence de l'esprit sur le corps (Franke, Berne), 4e édition.
1 volume in-18, broché, 1 fr. 25. — Relié. . . . . 2 fr.

LES PSYCHONÉVROSES

ET

LEUR TRAITEMENT MORAL

LEÇONS FAITES A L'UNIVERSITÉ DE BERNE

PAR LE

Dr DUBOIS

PROFESSEUR DE NEUROPATHOLOGIE

PRÉFACE

DU Dr DEJERINE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE

DEUXIÈME ÉDITION

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (6e)

1905

PRÉFACE

L'ouvrage du professeur Dubois est celui d'un médecin doublé d'un psychologue qui a su voir, et depuis longtemps, le rôle considérable qui, dans le traitement des névroses, incombe à la psychothérapie. A une époque, en effet, où malgré les travaux de Pinel et de Lasègue démontrant la nécessité d'instituer un traitement moral chez les psychopathes, on s'obstinait à traiter les névroses uniquement par des moyens physiques, Dubois a eu le mérite de montrer, dans une série de publications, le rôle primordial sinon unique qui incombe, dans le traitement des psychonévroses, à ce que j'appellerais volontiers la pédagogie psychique, c'est-à-dire à la rééducation de la raison. Le premier, il a résolument basé toute sa thérapeutique sur cette idée directrice.

On trouve dans ce volume, à côté de considérations psychologiques des plus intéressantes, l'exposé des méthodes usitées en psychothérapie par l'auteur. Il y a là de fort belles pages qui ne seraient pas déplacées sous la plume d'un philosophe ou d'un moraliste et dont la lecture s'impose à tous ceux qui, malades ou médecins, ont

besoin de savoir comment et pourquoi se développent les psychonévroses et comment on peut les guérir. Mais ce qui se dégage surtout de cette lecture, c'est que c'est l'œuvre d'un convaincu à laquelle peut s'appliquer cette phrase de notre vieux Montaigne : « Cecy est un livre de bonne foy ».

Il m'est d'autant plus agréable de présenter cet ouvrage au public médical de langue française, que son auteur est un vieil ami. En lui souhaitant le succès qu'il mérite, je ne fais que rendre justice à l'œuvre d'un homme dont j'estime le talent autant que j'admire le caractère.

J. DEJERINE.

Paris, mars 1904.

AVANT-PROPOS

DE LA

DEUXIÈME ÉDITION

Un accueil plus que bienveillant a été fait à la première édition de mon ouvrage et parmi les nombreuses critiques dont j'ai pris connaissance, il n'en est aucune qui soit de nature à modifier les opinions que j'ai émises.

Quelques penseurs, philosophes chrétiens, ont fait quelques réserves au sujet des idées de monisme et de déterminisme que je défends ; c'est leur droit et ils m'ont opposé leurs arguments avec une telle modération que je dois leur en être reconnaissant.

Plusieurs médecins, de nationalités différentes, se sont rencontrés pour me faire une critique assez étrange, car elle ne s'adresse pas à moi, mais à eux.

Ils ont insinué que j'avais tort de conseiller à mes confrères l'abandon des moyens physiques dans le trai-

tement des psychonévroses, parce que tous les médecins ne possèdent pas, au même degré que moi, le don de persuasion.

Voilà une critique que je pourrais accepter car elle flatterait mon amour-propre. Eh bien, non ; elle me peine parce qu'elle me montre que mes confrères n'ont pas encore vu toute la puissance d'une psychothérapie rationnelle.

Un aimable confrère, à la fois médecin et littérateur distingué, le Dr Chatelain, exprimait ses réserves en ces termes [1] :

« *C'est parfait, mais tous les neurasthéniques sont-ils assez intelligents pour comprendre, suffisamment raisonnables pour suivre les conseils du médecin et se soumettre à ses ordres ? Mon excellent confrère n'en paraît pas douter et je l'en félicite d'opérer en aussi bon terrain, mais mon expérience — vieille aussi — me rend, hélas, beaucoup moins affirmatif. Hippocrate dit oui, Galien dit non, et c'est encore ainsi au XXe siècle... Peut-être Galien ne sait-il pas être assez persuasif.* »

Eh bien, oui. Galien n'est pas assez persuasif et Hippocrate devrait l'être plus encore.

Tout ce que j'ai vu pendant cette dernière année m'a montré que ma foi en ces moyens n'était pas encore assez vivante. Je suis étonné avec quelle facilité on peut redresser des mentalités faussées, ramener à une saine philosophie de vie des personnes qui ont passé trente et

1. Journal de Genève du 25 déc. 1904.

quarante ans dans des erreurs fatales à leur santé psychique et physique.

On m'a objecté : Vous obtenez ces résultats par une influence toute personnelle, non pas par des suggestions voulues, — car vous repoussez ce moyen, — mais par le prestige qui résulte de vos succès.

Je veux bien que ce soit vrai en partie ; les malades du reste obéissent à une suggestion toute rationnelle quand ils s'adressent à un médecin qui en a guéri d'autres.

Notre clientèle à tous se fonde sur la confiance qu'on nous accorde.

Mais je nie que ce soit là le facteur déterminant des guérisons. Je vois beaucoup de malades qui, dans leurs conversations, dans leurs lettres, insistent sur les raisons raisonnables et complètent les résultats de leur cure par la culture logique de leur moi mental.

Ce sont ceux-là, et ils sont nombreux, qui arrivent à la guérison complète ; ce sont ceux-là qui en guérissent d'autres, alors qu'ils ne sont pas même médecins et que ni leur âge, ni leur situation ne leur donne l'autorité ; ils n'ont d'autre arme que leur bon sens, la vue claire des choses.

Oui, la plupart des neurasthéniques sont assez intelligents pour comprendre, suffisamment raisonnables, non seulement pour obéir à des ordres, mais, ce qui vaut mieux, pour suivre des conseils, tout simplement parce qu'ils ont reconnu qu'ils étaient bons. Aussi est-ce en toute conscience que je puis dire à mes jeunes confrères : Quand vous vous trouvez en présence de symptômes qui

dépendent de la mentalité du sujet, et ils sont légion, ne comptez que sur votre dialectique serrée, doublée d'une sympathie profonde pour votre malade. Sans doute, quand vous aurez l'expérience que donnent les années, vous réussirez mieux encore, mais l'âge est un avantage peu désirable et qui vient tout seul.

Prof. Dr Dubois.

Berne, janvier 1905.

AVANT-PROPOS

DE LA

PREMIÈRE ÉDITION

Il y a quelques années, je recevais d'un jeune médecin français une lettre dont j'extrais les lignes suivantes :

« La guérison de M*** n'a pas été sans faire du bruit dans le monde médical de X. Chacun sait, il est vrai, que la neurasthénie est une affection essentiellement guérissable, mais chacun sait aussi que les moyens à mettre en œuvre pour arriver à un résultat complet ne sont pas à la portée de tous. Le cas de M*** n'était point facile et maintes volontés robustes de ma connaissance s'étaient usées à son contact. »

En terminant, mon confrère me demandait quelques conseils pour essayer d'obtenir, dans la carrière médicale qu'il commençait, des résultats analogues.

Je répondis par une longue lettre dans laquelle je

m'efforçai de mettre en lumière les particularités du traitement psychique que j'avais employé. Mais je dus faire remarquer à mon confrère qu'il m'était impossible de résumer ainsi les expériences recueillies pendant plus de vingt années consacrées en grande partie au traitement des névrosés. Ce fut dans d'intimes conversations qu'il put prendre connaissance de mes vues et se mettre en état de les utiliser dans sa clientèle.

D'un autre côté des malades intelligents, des confrères avec lesquels j'entretenais des relations amicales m'ont souvent exprimé le désir de lire ce que je leur avais dit.

J'ai longtemps résisté à ces sollicitations bienveillantes. Nous sommes à l'époque des recherches précises, des travaux de laboratoire, des statistiques plus ou moins convaincantes. Je ne puis offrir que des impressions, des opinions. Elles sont fondées sur des observations cliniques que je crois être consciencieuses, sur des réflexions que m'imposent les faits, mais je n'ai pas, pour les faire accepter, la notoriété scientifique nécessaire.

Si, malgré ces craintes justifiées, j'ose affronter la critique de mes confrères, c'est tout d'abord que je me sens soutenu par les amis qui ont bien voulu s'intéresser à mes idées, mais c'est, avant tout, parce que, dans l'exercice de mon traitement psychothérapique, j'ai obtenu des résultats tellement bons et tellement durables, que je voudrais mettre dans la main des jeunes médecins cette arme qui m'a été si utile.

La correspondance, commencée avec mon confrère, m'a amené à résumer les résultats de mes observations,

J'en ai fait le sujet de leçons données à la Faculté de médecine de l'Université de Berne.

Je les ai rédigées non pour le public, mais pour mes confrères. Je les leur livre en ne leur demandant qu'un brin d'indulgence.

Prof. D[r] DUBOIS.

Berne, avril 1904.

LES PSYCHONÉVROSES

ET

LEUR TRAITEMENT MORAL

PREMIÈRE LEÇON

La médecine moderne. — Virchow, Pasteur, Lister. — Etat des esprits il y a trente ans. — Progrès de la chirurgie, de la bactériologie. — Orientation nouvelle des idées médicales. — Oubli des névroses. — L'hystérie ; Briquet, Charcot. — L'école de Nancy et l'hypnotisme. — La neurasthénie ; son existence dans les générations précédentes.

La médecine moderne se vante d'être scientifique et, certes, elle en a le droit.

A l'empirisme grossier ou aux exposés doctrinaires du commencement du XIX[e] sicle ont succédé les recherches précises, l'étude patiente des faits ; la médecine est devenue expérimentale. Souvent aussi un esprit plus ouvert tente quelque brillante synthèse, mais ces vues théoriques s'appuient encore sur des faits savamment constatés. Elles ne sont pas nées dans le cabinet de travail, elles viennent du laboratoire qui partout, modeste ou luxueux, forme l'annexe indispensable de la clinique.

Nous avons emprunté à la physique, à la chimie, voire même aux mathématiques, leurs méthodes de travail, leurs procédés d'analyse. Les sciences accessoires nous ont fourni des moyens d'investigation puissants ; elles

nous ont permis d'apporter à l'étude des symptômes, au diagnostic, une précision inconnue jusqu'alors, et chaque jour nous enregistrons de nouvelles conquêtes.

Déjà une ère brillante s'inaugure sous l'influence de l'anatomie pathologique. Le microscope nous ouvre de nouveaux horizons et nous permet d'étudier dans leurs plus fins détails les altérations des tissus. La pathologie cellulaire est née et le nom de Virchow marque une date inoubliable dans l'histoire de la médecine.

Peu après, le génie d'un Pasteur nous entraîne dans une nouvelle direction. Nos yeux se dessillent et nous pouvons entrevoir le rôle considérable que jouent les microbes dans l'étiologie d'un grand nombre de maladies. Les résultats pratiques ne se font pas attendre ; sous l'impulsion de Lister, les chirurgiens, avant même de bien connaître l'ennemi, se mettent à l'œuvre pour le combattre, et de ce mouvement est sortie la plus belle découverte pratique du siècle, l'antisepsie. Elle tend aujourd'hui à céder la place à l'asepsie, mais le principe reste le même : il s'agit de mettre les tissus lésés à l'abri des microorganismes qui viennent entraver l'œuvre de réparation naturelle et exposent le blessé aux dangers de l'infection générale.

Je me souviens vivement de l'état d'esprit qu'avaient créé, il y a environ trente ans, ces découvertes retentissantes. Elles excitaient un enthousiasme général ; c'était un puissant courant d'idées qui emportait la jeune génération, et plus d'un vieux praticien se prit à regretter de ne plus être sur les bancs de l'École, de ne pouvoir s'associer à ce travail grandiose. Mais, comme toujours dans ces périodes d'enfantement, il y eut des exagérations. La chirurgie passe en premier rang, elle ne recule devant rien. Les opérations réputées dangereuses autre-

fois deviennent possibles, et l'on entend le public s'écrier : La chirurgie a fait d'immenses progrès, mais la médecine reste stationnaire ; elle est aujourd'hui ce qu'elle était aux temps d'Hippocrate ! Le mot d'ordre semble être alors : Pas de maladies sans lésions visibles ; le microbe, voilà l'ennemi ! Luttons avec le fer, le feu et les antiseptiques !

Aussi les chirurgiens ont-ils dès lors, pour leurs confrères de la médecine interne, un sourire protecteur quelque peu dédaigneux. C'est de cette époque que date leur tendance à faire de hardies incursions sur le domaine classique de la médecine. Partout où l'idée d'une intervention opératoire peut affleurer l'esprit, ils n'hésitent pas à agir avec une confiance peut-être exagérée dans l'efficacité de leurs armes.

Je serais bien mal inspiré si je me refusais à reconnaître le bien qui en est résulté. Je suis trop sceptique à l'endroit des médications internes pour ne pas accepter avec reconnaissance l'aide des chirurgiens, et je crois que de la collaboration constante des médecins et des opérateurs peuvent résulter de véritables progrès dont bénéficieront les malades.

Mais il y a limite à tout et l'on entend parfois parler d'interventions opératoires qui montrent qu'il n'est pas toujours facile de développer simultanément sa dextérité manuelle, son bons sens et sa conscience morale.

La bactériologie continue aujourd'hui son patient et utile travail. On cultive les innombrables microbes et les laboratoires modernes constituent de véritables ménageries minuscules de bacilles malfaisants. Mais on ne se borne pas à les mettre en cage, on leur oppose des antitoxines, des sérums, dans un but tantôt curatif, tantôt préventif.

Enfin la glande thyroïde, que les chirurgiens extirpaient autrefois comme une masse glandulaire inutile, sans conduit excréteur, sans fonctions, est devenue un organe important. Nous lui attribuons une sécrétion interne et ces constatations ont jeté quelque jour sur la pathogénie du myxœdème et de la maladie de Basedow. Encore ici nous retrouvons la tendance à « l'emballement » ; après avoir vu partout des microbes, nous ne rêvons que sécrétions internes et nous voilà partis dans le domaine fantastique de l'opothérapie !

Encouragés aussi par l'action thérapeutique certaine de quelques sérums, celui de la diphtérie en particulier, nous avons conclu trop vite et cherché dans la sérothérapie une panacée. Ce ne serait rien si la science seule était compromise par ces généralisations hâtives ; c'est en passant par l'erreur qu'elle arrive à la vérité. Mais les malades en ont pâti, ils ont le droit de nous reprocher notre légèreté, souvent même notre mercantilisme.

N'oublions pas les moyens physiques de traitement, l'hydrothérapie, le massage, la gymnastique, la photothérapie, l'électricité, cette servante à tout faire. Si les chimistes ne jetaient pas journellement sur le marché de nouveaux médicaments, les apothicaires seraient vraiment à plaindre, et ce qui m'étonne le plus, quand je fais cette énumération sommaire de nos moyens nouveaux de traitement, c'est qu'il y ait encore des malades.

Par le fait de ces innovations successives, l'orientation des études médicales a changé. Pendant longtemps l'intérêt s'est porté avant tout sur les maladies à lésions. Seule l'étude de ces affections organiques semblait pouvoir apaiser la soif de précision qui tourmentait la jeune génération. On oubliait les troubles fonctionnels, les névroses ; on négligeait le côté psychique de l'être humain,

et je me suis permis de dire il y a bien longtemps : il n'y a entre la médecine et l'art vétérinaire qu'une différence de clientèle ! C'est encore vrai aujourd'hui.

Cependant cet engouement bien naturel n'atteignit pas tous les esprits, et des médecins distingués continuaient, surtout en France, à vouer à l'étude des névroses leur sagace et persévérant labeur.

Une névrose importante, l'hystérie, avait tout particulièrement souffert de l'isolement où l'avait mise le cours nouveau des idées médicales. Il faut bien le dire, l'étude des manifestations si variées de cette affection paraissait rebutante. La multiplicité des symptômes, leur étrangeté, leur dépendance de l'imagination semblaient rendre illusoire tout travail de classement. Il paraissait impossible d'arriver à quelque définition claire, à une exposition nette du tableau clinique ; on se perdait dans les détails, dans une interminable énumération de phénomènes disparates et incompréhensibles. Le praticien, mal à l'aise déjà sur le terrain scientifique, n'abordait qu'avec une certaine répugnance le traitement des hystériques, d'autant plus que l'état mental troublé de ces sujets rend souvent fort difficiles les rapports de médecin à malade.

Briquet avait en 1859 procédé, dans une œuvre magistrale, au classement des symptômes et esquissé un tableau nosographique complet de l'hystérie. Mais il était réservé à Charcot de mettre au point cette difficile question. Patient, prudent, il s'attacha d'abord aux faits simples, faciles à analyser ou à reproduire expérimentalement. Il laissa de côté les problèmes trop complexes, et, dans sa bouche, sous sa plume, l'hystérie devint intéressante. C'était plaisir de suivre le maître sur ce terrain qu'il a éclairé, où il nous conduisait d'une main si sûre.

Aussi les savantes descriptions du maître français

furent-elles accueillies avec enthousiasme. Un riche filon était mis à nu ; on pouvait dorénavant se mettre à l'œuvre et apporter à l'étude des névroses les procédés d'analyse précis de la clinique moderne.

Chose curieuse, on eut cependant quelque peine, en Allemagne surtout, à prendre au sérieux ces descriptions magistrales. Les cliniciens allemands souriaient et semblaient admettre qu'il fallait aller à Paris pour observer de grandes hystériques. A les en croire, les fortes femmes de la Germanie ne manifestaient jamais leur nervosisme sous des formes aussi extravagantes. Affaire de race, de tempérament, disaient-ils ; la race latine est en décadence !

Il fallut revenir de cette opinion et apprendre à observer. Les maladies qui paraissent rares deviennent fréquentes aussitôt qu'on a appris à les diagnostiquer, et aujourd'hui les traités classiques de tous les pays donnent de l'hystérie des descriptions sensiblement identiques.

On aurait pu croire cependant que l'étude de la grande névrose, par les problèmes de psychologie qu'elle soulève, dût particulièrement intéresser l'Allemagne, le pays des philosophes souvent profonds, parfois obscurs. Pourtant c'est en France, au contraire, que les cliniciens se sont attachés à l'étude des maladies nerveuses et ils ont apporté à ces recherches cette finesse de l'observation psychologique et cette clarté que l'étranger se plaît à leur reconnaître.

Mais, si le tableau clinique tracé par la main de Charcot brille par la netteté de son dessin, cela tient en partie au schématisme didactique du maître. Il excelle à esquisser à grands traits comme ces dessinateurs de génie qui, en quelques coups de crayon, jettent sur le

papier toute la personnalité physique et morale de leur modèle.

En même temps, doué d'un esprit autoritaire, il a façonné ses sujets comme il l'a voulu et, sans peut-être s'en rendre toujours compte, il leur a suggéré leurs attitudes, leurs gestes. L'exemple est contagieux dans le domaine du nervosisme et, dans les grands hôpitaux de Paris, à la Salpêtrière, les hystériques se ressemblent. Au commandement du chef de service ou des internes, elles partent comme des poupées remontées ou comme des chevaux de cirque habitués à répéter les mêmes évolutions. Actuellement encore, on peut retrouver à la Salpêtrière de ces vieux chevaux tournant en rond. On a respecté le rêve, le délire suggéré de ces pauvres malades et la représentation donnée aux médecins étrangers conserve toujours le même programme. La régularité des phénomènes observés est due à la suggestion qu'exerce volontairement ou inconsciemment le médecin.

Sous Charcot, l'étude presque expérimentale poussait l'observateur à créer, pour ainsi dire, l'hystérie, à lui donner toute la réalité d'une entité morbide ; aujourd'hui, à la Salpêtrière comme ailleurs, on songe à guérir en même temps qu'on étudie les symptômes.

L'influence de la suggestion sur le développement des accidents a été particulièrement mise en lumière par les travaux de l'école de Nancy sur la suggestion dans le sommeil hypnotique ou à l'état de veille. Ces expériences, répétées aujourd'hui dans tous les pays, ont démontré que l'homme à l'état normal est beaucoup plus crédule qu'il ne se l'imagine, qu'il est suggestible au premier chef.

Les doctrines des observateurs de Nancy se sont répandues malgré une certaine opposition de Charcot et de ses

élèves. A la Salpêtrière, en effet, être hypnotisable c'était être hystérique, malade. C'est sur des sujets atteints de grande hystérie que Charcot réussissait à provoquer par des moyens divers la catalepsie, l'anesthésie, le somnambulisme.

Quand Liébault et Bernheim parvinrent à produire le sommeil chez un grand nombre de malades non hystériques, quand ils purent répéter, chez des sujets sains, ces curieuses expériences de somnambulisme provoqué, on fut quelque peu embarrassé à Paris. Ce fut bien pis encore quand Bernheim déclara que le sommeil hypnotique n'est que le résultat d'une suggestion, qu'il peut être obtenu chez 90 p. 100 des malades dans les hôpitaux, sans l'aide des passes magnétiques, sans fixation du regard sur un objet brillant, uniquement par la suggestion verbale.

Il fallait évidemment renoncer à faire de la suggestibilité un symptôme de maladie, à la considérer comme l'indice d'un état d'hystérie avéré ; il fallait reconnaître franchement que l'homme sain est assez suggestible pour accepter en plein jour, en quelques secondes, la suggestion du sommeil et que, dans cet état d'hypnose, on peut souvent, à volonté, le rendre insensible à la piqûre, le plonger dans la catalepsie, lui dicter des suggestions à échéance et l'amnésie au réveil.

Il était facile de voir aussi que cette suggestibilité est plus marquée chez l'homme sain. Les autosuggestions des hystériques, les idées fixes des aliénés rendent ces malades souvent réfractaires aux suggestions étrangères.

Il suffisait, pour se convaincre de ces faits, de passer quelques heures à Nancy. Mais ici on retrouve la susceptibilité de la gent médicale, les rivalités d'écoles, j'allais dire « des boîtes » suivant le jargon irrespectueux des

carabins. A Paris on feint d'ignorer Nancy ; la lumière peut-elle donc venir de la province ? Et, tandis que les médecins de toute l'Europe suivaient avec un intérêt croissant ces expériences si concluantes par leur simplicité même, on parlait à Paris du « petit hypnotisme » de Nancy !

J'ai eu le plaisir de passer une journée à Nancy en 1888 et ce que j'ai vu en quelques heures, sous l'aimable direction de M. le professeur Bernheim, a suffi pour dissiper mes derniers doutes et m'engager plus résolument encore dans la voie de la psychothérapie dans laquelle je marchais timidement autrefois.

Bien que, depuis lors, j'aie résolument et complètement tourné le dos aux hypnotiseurs de profession, j'ai conservé un vif souvenir des choses vues et une grande reconnaissance pour les chercheurs qui ont démontré si clairement l'influence immense de la suggestion.

J'ai, à cette époque, interviewé Bernheim pour savoir comment il était arrivé à s'occuper d'hypnotisme. Il me répondit en ces termes :

« Professeur de clinique, je lisais avec enthousiasme les descriptions de Charcot et je cherchais à reproduire les phénomènes observés à la Salpêtrière. Je n'y réussissais qu'à moitié, souvent pas du tout. J'avais beau exercer une pression sur les globes oculaires, surprendre les malades par la production d'un bruit intense, ils n'entraient pas en catalepsie. Je n'arrivais pas à produire la griffe cubitale par la pression sur le nerf et j'étais un peu marri de mon peu de savoir-faire. J'entendis alors parler du Dr Liébault qui, disait-on, plongeait ses malades dans le sommeil hypnotique, et j'eus la curiosité d'assister à ses expériences. Je trouvai dans son cabinet quelques personnes en état d'hypnose, les unes dormant dans

une position naturelle, les autres gardant des attitudes cataleptiques. Je pus constater chez ces sujets l'anesthésie provoquée et étudier, sous la direction d'un médecin convaincu, les phénomènes si étranges de l'hypnotisme.

« Encore bien sceptique, je fis quelques essais sur une pensionnaire d'un asile d'aliénés, puis sur les divers malades de mon service. La foi me vint et avec elle l'autorité suggestive ; aujourd'hui je puis arriver au résultat, par la simple suggestion verbale, neuf fois sur dix. »

Les faits sont là, ils sont indéniables ; ils ne peuvent être ignorés par ceux qui s'occupent de pathologie nerveuse, et cependant, aujourd'hui encore, on voit paraître des traités sur l'hystérie dont les auteurs semblent ignorer absolument les découvertes de Nancy.

Bien plus, dans les discussions avec les confrères, alors même qu'ils ne sont pas enserrés par les liens d'une théorie à eux, on est surpris de voir combien peu savent aller jusqu'au bout de leur logique et reconnaître ce fait capital de la suggestibilité humaine.

Depuis les travaux de G. Beard, une nouvelle névrose a été importée d'Amérique et elle semble s'être propagée comme une épidémie. Le nom de neurasthénie est dans toutes les bouches, c'est la maladie à la mode. Je me trompe, la maladie n'est pas nouvelle, c'est le nom sous lequel on la désigne qui a changé. On la décrivait autrefois sous le nom d'hypocondrie, de mélancolie ; souvent on la confondait avec l'hystérie. Pour le public, c'étaient des maux de nerfs, des vapeurs, de la surexcitation nerveuse. Enfin les médecins ont souvent tenté de faire de cet état nerveux qu'on appelle aujourd'hui neurasthénie un mal à part et on lui a donné successivement les noms de faiblesse nerveuse, de faiblesse irritable, de névralgie

générale, d'irritation spinale, de névropathie cérébro-cardiaque, de nervosité, de nervosisme.

Il est possible que cette affection soit devenue plus fréquente sous l'influence de la vie moderne, mais il ne faut pas oublier qu'on désigne maintenant sous ce nom de neurasthénie un ensemble de symptômes connus de tous temps et qu'on a réunis en un tout. On a créé ainsi une entité morbide et rien n'est plus vite adopté en médecine qu'une appellation nouvelle. C'est une étiquette qui nous permet de classer les symptômes sans qu'il soit nécessaire de les bien étudier. Voyez avec quelle facilité nous avons appris à nous servir du mot : influenza ! Il nous épargne beaucoup de travail d'esprit et nous permet de faire un diagnostic sans trop nous casser la tête.

Mais cette facilité à classer le mal a ses inconvénients, et nous nous trouvons quelquefois dans une position difficile vis-à-vis de nos clients quand la soi-disant influenza devient tuberculose, méningite ou fièvre typhoïde, et que nous sommes contraints de faire de désagréables palinodies.

Un vieux praticien, qui, après soixante ans de clientèle, avait conservé toute sa mémoire et son talent d'observation, me disait dans une consultation : « Au début de ma carrière j'observais absolument les mêmes troubles nerveux que vous résumez dans ce mot de neurasthénie, et, me semble-t-il, aussi fréquemment qu'aujourd'hui, Lorsque l'état mental était troublé, que le malade était triste, inquiet, nous parlions de mélancolie, d'hypocondrie. Mais si les troubles fonctionnels semblaient exister seuls, nous ne songions pas à relier entre eux ces différents symptômes ; nos diagnostics étaient céphalalgie, rachialgie, dyspepsie gastrique ou intestinale, etc., et nous nous attaquions à chacun de ces symptômes isolé-

ment. Vous avez su voir le lien qui rattache l'un à l'autre ces troubles divers, saisir la mentalité du malade. C'est ce qui vous donne la sensation d'être en face d'un mal nouveau créé, pour ainsi dire, de toutes pièces, par les conditions de la vie moderne. »

Au commencement du XIXe siècle, le célèbre médecin suisse Tissot[1] a bien décrit ces états nerveux et signalé les causes à la fois physiques et morales qui les provoquent.

Il suffit de lire le *Traité sur les gastralgies et les entéralgies nerveuses* de Barras[2] pour constater qu'il n'y a rien de neuf sous le soleil et que nos ancêtres possédaient comme nous les particularités mentales dont nous reconnaîtrons le rôle décisif dans l'étiologie des névroses diverses. La neurasthénie existait innomée tout comme l'hypocondrie, la mélancolie, l'hystérie. Les épidémies saltatoires, les procès de sorcellerie, les pratiques de l'exorcisme du moyen âge montrent même que les générations qui nous ont précédés étaient infiniment plus suggestibles qu'on ne l'est aujourd'hui. Insuffisamment refrénées par la raison, les représentations mentales acquéraient une acuité incroyable et poussaient jusqu'à l'hallucination, à l'état délirant, des gens qui paraissaient sains auparavant. L'hystérie moderne est bien modeste, bien sage, vis-à-vis des états d'âme que nous révèlent les *Démoniaques dans l'art* de Charcot et Paul Richer, la *Bibliothèque diabolique* de Bourneville.

Si la neurasthénie, cette sœur jumelle de l'hystérie, a passé un peu inaperçue, c'est qu'elle évolue d'une façon

1. *Œuvres complètes de Tissot*, nouvelle édition, publiée par M. P. Tissot, Paris, 1820, t. VIII.

2. *Traité sur les gastralgies et les entéralgies ou maladies nerveuses de l'estomac et de l'instestin*, par J.-P.-T. Barras, 3e éd., Paris, 1829.

moins dramatique. Elle reste plus individuelle, elle est moins contagieuse et n'aboutit pas à l'annihilation de la raison.

Aujourd'hui la vie est devenue plus compliquée, elle exige plus de nous, de notre activité cérébrale ; elle dévoile nos impuissances. D'un autre côté nous sommes devenus plus douillets, plus attentifs à nos maux, et la médecine moderne s'occupe avec plus de sollicitude du bien-être de chacun.

Nous ne faisons plus monter les hystériques sur le bûcher : nous les soignons ; nous ne chargeons plus de chaînes les pauvres fous : nous les internons à grands frais dans de confortables asiles ; nous n'abandonnons plus les neurasthéniques à eux-mêmes, nous ne les laissons pas sombrer comme des non-valeurs humaines : mais nous les soutenons moralement pour en faire des membres utiles de la société.

Malgré l'âpre lutte pour la vie, une poussée d'altruisme entraîne l'humanité. Nous travaillons tous au bien-être de tous. C'est en recueillant les blessés de la vie qu'on les compte, et c'est en grande partie pourquoi ils semblent plus nombreux aujourd'hui.

Je ne prétends nullement trancher ici, dans ces quelques mots, une question aussi difficile que celle de savoir s'il y a aujourd'hui plus de fous ou de névrosés qu'autrefois. Mais je ne puis méconnaître le progrès humain, les conquêtes de l'hygiène physique. Je ne puis croire que l'hygiène mentale suive une marche inverse et j'ai une imperturbable confiance dans le développement très lent mais continu de notre mentalité.

DEUXIÈME LEÇON

Classification des névroses. — **Psychonévroses** ou **nervosisme.** — Origine psychique du nervosisme. — Tendance à lui assigner des causes somatiques. — Abus de la thérapeutique physique et médicamenteuse. — Pauvreté de la psychothérapie actuelle. — Mélange de matérialisme pratique et de spiritualisme doctrinaire. — Obstacles au développement de la psychothérapie.

C'est dans la classe des névroses qu'on place l'hystérie, la neurasthénie, et c'est à ces névroses que l'on songe tout d'abord quand on parle de traitement par la suggestion ou par la psychothérapie. Mais, comme le dit Axenfeld, « la classe entière des névroses a été fondée sur une conception négative ; elle est née du jour où l'anatomie pathologique, étant chargée d'expliquer les maladies par les altérations des organes, s'est trouvée arrêtée en face d'un certain nombre d'états morbides dont la raison d'être lui échappait ».

Le nombre des névroses doit donc diminuer avec les progrès de l'anatomie pathologique ; aussitôt que celle-ci découvre une lésion expliquant d'une façon satisfaisante les symptômes observés pendant la vie, la maladie doit être rayée du cadre des névroses et souvent alors une dénomination anatomo-pathologique tend à remplacer le nom clinique.

Rien n'est vague, du reste, comme la définition des névroses et, quand on veut procéder à des essais de clas-

sification, on se heurte à des difficultés insurmontables. Que faire de ce groupe artificiel des *névroses de la sensibilité* dans lequel on fait rentrer pêle-mêle des hyperesthésies et anesthésies diverses, les unes symptomatiques et dues à des lésions des nerfs constatées ou infiniment probables, les autres dépendant d'un état nerveux général ? Quel avantage y a-t-il à créer un vaste groupe des *névroses de la motilité* réunissant des contractures, des spasmes, des paralysies diverses, des tremblements, en faisant encore rentrer de force dans ce cadre la maladie de Parkinson ?

Dans chacun de ces états pathologiques, l'analyse clinique doit être soigneusement faite. Dans la plupart des névralgies intenses et rebelles, dans les paralysies vraies, elle fera reconnaître des lésions évidentes.

Il ne faut pas être pressé de qualifier un mal de *nerveux* et, si nous y sommes souvent contraints, c'est que nous constatons, en même temps que des symptômes locaux, des symptômes plus centraux, un état de névrose généralisé.

Par opposition aux névroses à symptômes localisés à la périphérie, on a, en effet, donné le nom de *névroses centrales*, de *névroses générales ou complexes* « à celles qui sont caractérisées par des désordres simultanés de la sensibilité, du mouvement et de l'intelligence, et qui, par la grande extension des symptômes et par leur multiplicité, révèlent l'affection constante des centres nerveux ». (Axenfeld et Huchard.)

Malgré toutes les restrictions apportées, la classe des névroses reste trop grande et les traités classiques y font rentrer des maladies qui n'ont rien à y faire.

Il n'est plus permis de laisser dans cette classe le tétanos, dû à une toxine microbienne agissant directement

sur les nerfs. Il faut renoncer à l'appellation d'éclampsie, terme vague appliqué à des convulsions épileptiformes relevant soit d'une intoxication, soit de lésions cérébrales.

Je n'hésite pas à rayer de la liste des névroses, dans le sens strict du mot, l'épilepsie ou plutôt les épilepsies.

Des crises épileptoïdes, avec perte réelle de connaissance, peuvent survenir parfois, sans cause connue ou sous l'influence d'émotions morales, chez des sujets atteints d'hystérie, de neurasthénie, mais ce sont là des accidents passagers et rares. L'épilepsie confirmée, le plus souvent incurable ou éminemment rebelle, relève d'altérations cérébrales diverses.

Il ne faut pas s'attendre à découvrir une lésion unique, spécifique. La crise épileptique n'est qu'un symptôme et elle peut être due à des lésions variées comme nature et comme siège. Un lien étroit relie le « morbus sacer » à l'épilepsie jacksonienne. Les chirurgiens en ont si bien conscience qu'ils se sentent autorisés à intervenir quand le traitement médical reste sans effet et ils vont, un peu à l'aveuglette, à la recherche d'une lésion quelconque ; souvent ils n'ont d'autre but que de soustraire le cerveau à une pression intracrânienne anormale purement hypothétique du reste. Malgré les travaux de Chaslin, confirmés de divers côtés et qui concluent à l'existence d'une sclérose névroglique corticale, l'anatomie pathologique de l'épilepsie ne peut être considérée comme faite.

Je n'ignore pas, d'autre part, les liens encore lâches qui relient l'épilepsie à la migraine, celle-ci aux névroses et ces dernières aux vésanies. En théorie, il est difficile d'émettre sur ce sujet des idées claires. Mais quand, dans la pratique, nous portons le diagnostic d'épilepsie, nous sentons tout le sérieux de la situation, nous sommes saisis par l'idée d'incurabilité plus ou moins complète.

Dans les migraines, dans les névroses, au contraire, le pronostic est moins sévère : nous osons être francs vis-à-vis de nos malades, tandis que nous hésitons à laisser tomber de nos lèvres le mot fatal d'épilepsie. C'est montrer toute la distance qu'il y a encore entre ce mal terrible et la migraine.

La chorée vulgaire peut garder, si l'on veut, sa place dans la classe des névroses. On peut *a priori* affirmer qu'elle n'est pas due à des altérations anatomiques profondes puisqu'elle guérit spontanément dans un espace de temps assez court. Mais c'est une affection à marche pour ainsi dire typique, à durée limitée, frappant surtout les enfants du sexe féminin. Ses relations avec le rhumatisme et les affections du cœur sont indéniables. On a trouvé souvent à l'autopsie des lésions cérébrales diverses, peut-être secondaires, et des médecins anglais ont été jusqu'à attribuer la chorée à des embolies capillaires criblant les corps opto-striés. Aussi voyons-nous que la chorée ne retire pas grand bénéfice du traitement psychothérapique, tandis qu'elle est améliorée par le repos.

Les cas dans lesquels une influence psychique, l'imitation en particulier, joue un rôle prédominant (épidémies de chorée) n'ont rien à faire avec la chorée de Sydenham et doivent être attribués à l'hystérie. Le fait que des émotions vives peuvent agir comme cause déterminante de la chorée ne peut être invoqué pour classer la maladie parmi les névroses. On peut retrouver la même étiologie dans la paralysie agitante, dans la maladie de Basedow, dans l'épilepsie même. On n'a pas trouvé dans ces maladies des lésions constantes du système nerveux, mais le caractère éminemment rebelle de ces affections, leur incurabilité fréquente, permettent de songer à des altérations structurales de la cellule nerveuse, alors même

qu'une émotion morale aurait été la cause première des accidents.

J'ai dit qu'il faut successivement retirer du cadre des névroses toutes les affections dont l'anatomiste parvient à déceler la cause. On pourrait en conclure que le terme de névrose n'est utile que pour la classification provisoire et doit disparaître du langage médical.

En effet, quand l'anatomie pathologique découvre une lésion, un foyer d'inflammation, une hémorragie, une thrombose, quand l'analyse chimique révèle un état d'intoxication, nous ne parlons plus de névrose, lors même que les symptômes auraient été « nerveux » dans leur essence. Nous reconnaissons alors la cause première du syndrome clinique dans les affections somatiques diverses, syphilis, tuberculose, artériosclérose, intoxication alcoolique, urémique, etc.

Il n'en est plus de même dans ces affections que nous appellerons *toujours* des névroses ou, comme je le propose, des *psychonévroses*, alors même que nous réussirions à déceler les altérations cellulaires qui ont produit le trouble nerveux ou mental. Ici, nous nous trouvons en face d'un fait capital : *l'intervention de l'esprit, des représentations mentales*. Les troubles de la vie psychique ne sont plus simplement secondaires et déterminés par une altération primaire du tissu cérébral, comme dans la paralysie générale et d'autres affections du cerveau. L'origine du mal est au contraire psychique et c'est l'*idéation* qui crée ou entretient les désordres fonctionnels. On pourrait hardiment classer ces névroses-là à côté des vésanies et les désigner sous le nom de *psychoses*. Théoriquement, je ne crains pas d'affirmer : le nervosisme sous toutes ses formes est une psychose.

Mais, pratiquement, cette appellation a de graves incon-

vénients. Tout d'abord elle peut blesser les névropathes. Nous acceptons sans honte la maladie de *nerfs*, mais nous n'aimons pas à être qualifiés de psychopathes. Il est bon, du reste, de séparer des psychoses confirmées ces psychoses légères qui, nous le verrons plus tard, diffèrent si peu de l'état normal. Les premières, les vésanies, comportent un pronostic plus sévère et leur traitement exige le plus souvent le séjour dans les asiles d'aliénés.

Les états psychopathiques dont nous parlons sont plus anodins ; ils sont compatibles avec la vie dans la famille, dans la société. Le malade ne s'adresse pas à l'aliéniste de profession, il cherche le secours chez son médecin ordinaire ou chez les neurologistes. J'adopte pour désigner ces affections le terme de *psychonévroses :* il les sépare des folies proprement dites tout en marquant la nature psychique du mal ; il indique dans sa seconde moitié les troubles fonctionnels nerveux qui accompagnent l'état psychopathique. Le seul inconvénient du mot est qu'il est lourd, peu euphonique. Aussi me servirai-je souvent du terme de *nervosisme*. Il ne préjuge rien, ne blesse en aucune façon la légitime susceptibilité des malades.

Ayant éliminé les névroses dont l'origine somatique est probable, je ne conserve dans ce groupe des *psychonévroses* que les affections où prédomine l'influence psychique, celles qui sont plus ou moins justiciables de la *psychothérapie ;* ce sont : la neurasthénie, l'hystérie, l'hystéro-neurasthénie, les formes légères d'hyponcondrie et de mélancolie ; enfin, on peut y faire rentrer certains états de déséquilibre plus graves, frisant la vésanie.

Si, pour la commodité du langage, je me sers du terme commun de nervosisme, je n'entends nullement supprimer les dénominations cliniques consacrées par l'usage.

Ce sont des étiquettes qui serviront toujours à distinguer la *forme* que prennent les troubles nerveux, mais j'insiste d'emblée sur l'impossibilité de tracer des limites nettes entre la neurasthénie, l'hystérie et les états hypocondriaques et mélancoliques.

C'est à ces *psychonévroses*, à ce *nervosisme* que s'applique tout particulièrement le traitement psychothérapique. C'est dans ce domaine que nous assistons à une lente mais continuelle transformation de nos idées médicales, grosse de conséquences pour la médecine pratique.

Le nervosisme est un mal avant tout psychique, et à mal psychique il faut traitement psychique.

Voilà la conception qui doit s'établir dans l'esprit du médecin s'il veut entreprendre avec fruit le traitement des affections nerveuses. Ces psychonévroses sont fréquentes, elles sont souvent très graves et, plus encore que les maladies organiques, elles peuvent détruire le bonheur des individus et des familles. Le médecin qui s'intéresse à la vie mentale de ses malades, qui pénètre, comme on dit, les secrets de leur âme, est ému des souffrances auxquelles il assiste ; il plaint sincèrement ces malheureux et sympathise avec eux. Les maladies du corps, si douloureuses qu'elles soient, lui paraissent moins cruelles que ces psychonévroses qui assaillent la personnalité, le moi intime.

Les patients eux-mêmes ont conscience de cette modification de leur être psychique et envient souvent les malades de tous genres qui souffrent d'affections pénibles peut-être, mais dans lesquelles la tête reste indemne.

Pour comble de malheur les nerveux sont le plus souvent des incompris. Ils gardent longtemps les apparences de la santé physique ; ils se montrent éminemment variables dans leurs dispositions d'esprit, aujourd'hui

souffrant le martyre, demain capables de reprendre avec un certain entrain leurs occupations.

Les parents les mieux intentionnés, les plus aimants, ne savent que penser de ces sautes de vent. Ils en viennent à reprocher aux malades leur paresse, leurs caprices, leur manque d'énergie. Leurs encouragements portent à faux et ne font qu'augmenter l'irritabilité, la maussaderie, la tristesse des pauvres névrosés.

L'influence prépondérante des émotions morales de toute nature sur le développement de ces psychonévroses est évidente, elle saute aux yeux. Eh bien, l'immense majorité des médecins n'a pas l'air de s'en apercevoir !

Pénétrés de leur rôle de médecins du corps, c'est dans les organes de l'abdomen que les praticiens vont chercher la cause de tous ces troubles psychiques et nerveux.

C'est l'utérus qui a eu l'honneur d'être le plus souvent mis en cause, tout particulièrement quand il s'agit de la forme hystérique du nervosisme. L'étymologie du mot a contribué à entretenir ces idées étiologiques ; les associations d'idées se font parfois si facilement dans notre tête, surtout celles qui sont fâcheuses, que le mot entraîne l'idée.

Mais si l'on a mis tant de persistance à incriminer la matrice, c'est que l'hystérie, au moins dans ses formes convulsives, s'observe surtout chez la femme, c'est qu'elle présente souvent des exacerbations pendant les périodes de la vie où un travail intime (puberté, flux menstruel, ménopause, altérations diverses de l'utérus et de ses annexes) s'accomplit dans les organes génitaux.

Il y a là des relations évidentes qu'on aurait tort de négliger, mais il y a loin de cette donnée étiologique qui attribue aux phénomènes de la vie sexuelle le rôle d'agents provocateurs à l'idée ancienne, toujours ravivée,

« que les causes les plus fréquentes de l'hystérie sont la privation des plaisirs de l'amour, les chagrins relatifs à cette passion et les dérangements de la menstruation ».

Comme le dit Briquet, le traité de Louyer-Villermay, qui contient cette affirmation aussi claire qu'exagérée, semble dater du moyen âge plutôt que de 1816.

Mais il en est des idées fausses comme de la calomnie : il en reste toujours quelque chose, et j'entends souvent sortir de la bouche de praticiens jeunes et vieux l'aphorisme : *Nubat illa et morbus effugiet!*

Quand on eut bien dûment constaté l'existence et la fréquence de l'hystérie mâle, les partisans de l'origine génitale de l'hystérie ne se tinrent pas pour battus. N'y avait-il pas dans le mystérieux éveil des sens chez les garçons, dans l'onanisme, dans les excès sexuels de toute nature, dans les pratiques malthusiennes, des causes suffisantes pour expliquer la genèse de l'hystérie et de la neurasthénie ?

Plus tard c'est aux organes digestifs que l'on songea. Le vent était aux intoxications par les produits d'une digestion défectueuse. Tout le monde fut atteint de dilatation d'estomac, de gastroptose, d'entéroptose ou, plus généralement, d'organoptose. On s'acharna à remettre le rein dans sa niche, à soulever le paquet intestinal par des sangles. On recourut au régime sec, au massage, aux médicaments qui tonifient la tunique musculaire de l'estomac, à l'antisepsie intestinale. Enfin, les chirurgiens nous offrent leur aide toujours radicale et se chargent à forfait de réduire l'estomac à des proportions plus convenables.

On a mis le nervosisme en rapport avec la goutte et l'on a dit hardiment : le nervosisme c'est l'arthritisme. Aujourd'hui c'est la cholémie qui explique tout.

Le traumatisme, le surmenage, que sais-je encore, ont été accusés de créer, de toutes pièces, le nervosisme sous toutes ces formes ; on a qualifié la neurasthénie de fatigue chronique, et le repos complet, non seulement pendant des semaines, ce qui serait utile, mais pendant des mois et des années est devenu l'unique ressource de bien des névrosés. On leur rend l'énergie par les douches, les courants électriques, le massage, les frictions sèches, la bicyclette. On leur refait des nerfs par les glycérophosphates, la neurosine, les injections de séquardine ou de sérums artificiels, voire même d'eau salée. Cela me rappelle une annonce bien suggestive trouvée à la quatrième page d'un journal : *On recouvre la santé physique et morale par l'usage du cacao à l'avoine !*

Mais, dira-t-on, seuls des médecins sans expérience et peu psychologues peuvent s'arrêter à des conceptions aussi simplistes. Nullement ; les spectres de la rétroversion, de la dyspepsie, de la gastrite atrophique, de la dilatation d'estomac, de l'entéroptose, de la cholémie, hantent encore l'esprit de la plupart des médecins. Il y a plus : des médecins, des professeurs, que leur clientèle met en continuelle relation avec des névrosés et qui sont tous les jours appelés à leur donner des soins, méconnaissent cette donnée si simple de l'origine psychique du nervosisme.

Quand je dis qu'ils méconnaissent cette idée directrice, je vais peut-être un peu loin, mais à coup sûr ils l'oublient au moment où il serait le plus utile de s'en souvenir, c'est-à-dire quand ils exposent au malade les mesures à prendre.

J'ai eu sous les yeux, par l'entremise de mes malades, de nombreuses ordonnances émanant de sommités de l'art médical, spécialistes en neurologie et psychiatrie, et j'ai été étonné de la pauvreté de leur psychothérapie.

Après avoir lu au recto de fines descriptions du mal, dans lesquelles l'auteur insistait précisément sur les modifications de l'état mental, je ne trouvais au verso que les indications thérapeutiques les plus banales, bains, douches, frictions, injections de strychnine, et l'inévitable bromure.

Ces prescriptions me paraissaient tellement en désaccord avec les prémisses que j'ai pensé que l'auteur n'avait pas cru devoir rédiger la partie psychothérapique de sa consultation, mais avait touché à ce sujet dans la conversation. Les malades m'ont affirmé n'avoir reçu aucun conseil de ce genre.

Il y a cependant progrès, et dans ces dernières années j'ai noté quelques ordonnances où, à la fin de la page, *après* l'eau froide ou chaude, *après* le bromure ou le trional on lisait : *Traitement moral.*

Enfin, nous y voilà, me disais-je, et je questionnais mon malade sur les développements oraux qu'on avait donnés à ces mots. « Mais on ne m'a rien dit, rien du tout ; on m'a simplement dit qu'il fallait un *traitement moral* et là-dessus on m'a laissé partir. » Voilà la réponse que j'ai reçue de ces malades qui ont parcouru l'Europe dans tous les sens pour trouver la guérison.

Enfin, tout récemment, j'ai vu des dames qui ont tâté de la psychothérapie toute pure et dont on a étudié les idées fixes par les procédés de la psychologie physiologique. Mais on leur a montré un intérêt par trop scientifique et on leur a laissé entendre qu'elles n'étaient que des détraquées. Étudier les malades, ce n'est pas encore les guérir.

Mais vous nous oubliez, diront les hypnotiseurs ; oui, nous sommes d'accord, le nervosisme est de nature psychique et nos procédés sont psychothérapiques par excel-

lence. En un clin d'œil, dans le sommeil hypnotique, dans l'hypotaxie la plus légère, voire même en plein état de veille, nous escamotons comme muscades les autosuggestions de nos malades et nous leur rendons la santé.

Je ne les oublie nullement nos modernes successeurs de Mesmer, mais leur cas est plus grave et je m'en occuperai quand j'analyserai les moyens thérapeutiques à opposer au nervosisme.

D'où vient chez les médecins cette difficulté à reconnaître la nature mentale des psychonévroses ? D'où vient qu'ils ne songent pas à joindre, aux mesures hygiéniques souvent utiles, le traitement moral nécessaire ?

C'est que, comme je l'ai laissé entrevoir, notre éducation médicale nous pousse à chercher la lésion, à constater des altérations organiques. Le cerveau ne nous intéresse que quand il y a hyperémie ou anémie, hémorragie ou thrombose, méningite ou tumeurs. Quand le cerveau n'est troublé que dans son fonctionnement nous abandonnons le terrain à l'aliéniste.

Mais les médecins d'asiles observent les formes plus sévères de psychopathie, les folies, et, si leurs études les rendent particulièrement aptes à l'analyse psychologique, il faut avouer que leur influence n'est pas aussi forte qu'on pourrait le désirer. Ils vivent un peu à part, surchargés de devoirs professionnels, et écrivent peu. L'enseignement de la psychiatrie n'est pas assez suivi, et bien des jeunes médecins entrent dans la clientèle hors d'état de reconnaître une mélancolie au début, de découvrir une paralysie générale sous le masque trompeur de la neurasthénie.

Souvent aussi les aliénistes subissent trop passivement l'influence de la clinique médicale. Certes ils sont dans

la bonne voie quand, armés du microtome et du microscope, ils recherchent les altérations des centres nerveux ; ils ont raison quand ils étudient le chimisme de l'organisme et appliquent à l'étude des maladies mentales les procédés exacts de la clinique moderne. Ils ne peuvent aller trop loin dans ce sens, mais à la condition qu'ils n'oublient pas la psychologie, l'influence indéniable du moral sur le physique. Les narcotiques jouent un trop grand rôle dans la psychiatrie et souvent une bonne parole, une suggestion rationnelle, remplacerait avantageusement la morphine, le chloral ou le sulfonal.

Je sais bien que les pensionnaires des asiles ont souvent l'esprit trop troublé pour obéir aux suggestions étrangères, et je ne demande pas à l'aliéniste de combattre par des syllogismes convaincants les idées fixes d'un paranoïque ou le délire d'un maniaque.

Mais on voit quelquefois les psychiatres appliquer les médications narcotiques, les calmants, les procédés hydrothérapiques, à des cas de simple neurasthénie, d'hystérie, à symptômes hypomélancoliques. Une conversation intime avec ces malades-là vaut mieux que les bains, les douches ou le chloral.

Il est urgent de donner plus d'ampleur à l'enseignement de la psychiatrie et de faire pénétrer les élèves dans les asiles d'aliénés. Il faudrait enfin accorder plus de place, dans les études médicales, à la psychologie, à la philosophie.

Nous examinons nos malades de la tête aux pieds, à l'aide de tous nos instruments de diagnostic, mais nous oublions de jeter un coup d'œil sur la personnalité tout entière, physique et morale ; à force de nous plonger dans les détails nous négligeons l'ensemble et nous tombons dans un matérialisme simpliste qui n'a rien à voir avec

les doctrines dites matérialistes, avec le positivisme et le déterminisme.

Un peu plus d'envolée, les jeunes ! N'abandonnez pas le terrain scientifique, ne croyez pas à la banqueroute de la science, continuez à étudier l'homme avec toute la précision de la biologie moderne, mais n'oubliez pas que le cerveau est l'organe de la pensée et qu'il y a un monde des idées.

Il y a, dans la génération actuelle, un mélange confus de matérialisme irréfléchi et de spiritualisme plus inconscient encore.

Dans la pratique médicale, c'est le matérialisme simpliste qui domine. Il n'est nullement l'apanage des esprits clairs, des penseurs qui osent soumettre les croyances qu'on leur a inculquées à la critique de la raison ; il ne faut pas le chercher parmi les adeptes du positivisme, du déterminisme. Il sévit, au contraire, parmi les médecins à qui suffit la routine de la clientèle, à ceux dont la pensée se fatigue aussitôt qu'elle quitte le terrain de la thérapeutique médicamenteuse ou physique. Ces praticiens sont tout heureux de guérir à coup d'ordonnances et leur matérialisme pratique fait très bon ménage avec ce qui peut leur rester d'un spiritualisme étroit, fruit d'une éducation à laquelle ils se gardent d'ajouter du nouveau.

Une difficulté réelle empêche bien des médecins sérieux de recourir au traitement psychothérapique. Ils ont reconnu l'insuffisance de nos moyens thérapeutiques et souvent ils voient très clairement de quel côté il faudrait diriger leurs efforts.

Mais c'est alors une tâche *éducative* qu'il faut entreprendre et nous n'y sommes nullement préparés par les leçons de l'École.

On nous a dressés à reconnaître les moindres troubles

fonctionnels de l'organisme, de la bête humaine. On nous a appris à manier des drogues diverses, on nous a quelque peu renseignés sur l'action des cures d'altitude, d'hydrothérapie, d'électricté, de massage. La chirurgie, qui attire l'étudiant par la clarté de ses indications et l'efficacité incontestée de ses interventions, nous a donné des armes plus puissantes encore. Le jeune médecin, au sortir de l'hôpital, se lance dans la carrière en toute sécurité ; il se sent armé de pied en cap.

Il s'aperçoit bien vite, hélas, qu'on ne lui demande pas souvent une élégante opération, un pansement minutieux, qu'avec ses ordonnances il ne satisfait qu'un nombre restreint de malades, et il se trouve désarmé en face de ces névrosés qui encombrent bientôt son cabinet.

Mais que faire ? Il obéit aux habitudes prises. Après avoir écouté d'une oreille distraite les doléances de ses malades, il les examine et constate sans peine l'intégrité des organes. Alors il tire son portefeuille et prescrit : Bromure de potassium. A la prochaine consultation ce sera le bromure de sodium, ou bien on changera le sirop. Enfin, en désespoir de cause, on recourra, ô mirifique idée, à l'association des trois bromures.

Non guéri, le malade découragé s'adressera à quelque autre confrère qui, charmé de la préférence qu'on lui accorde, écoutera plus longtemps, examinera avec plus de patience ; il réfléchira en passant la main sur son front soucieux. Gageons qu'il finira par prescrire du bromure, à moins que ce ne soit du cacodylate de soude !

Nombreux sont ceux qui ont pu faire ces décevantes constatations dans leur propre clientèle. Ils ont dû se dire comme moi : n'y a-t-il vraiment rien de mieux à faire ?

TROISIÈME LEÇON

Base rationnelle de la psychothérapie. — Education de la raison. — Spiritualisme dualiste. — Parallélisme psychophysique. — Mgr d'Hulst. — Vues diverses sur le lien de causalité entre l'esprit et le corps. — Philosophie pratique fondée sur l'observation biologique. — Importance des problèmes de la liberté, de la volonté, de la responsabilité.

Il y a plus et mieux à faire, mais, pour être efficace, le traitement des psychonévroses doit être, je ne saurais trop le répéter, avant tout *psychique*.

Le but du traitement doit être de rendre au malade la *maîtrise de lui-même;* le moyen c'est *l'éducation de la volonté* ou plus exactement *de la raison*.

Mais, dira-t-on, cette déclaration est d'allure franchement spiritualiste. Mettre ainsi au premier plan l'influence du moral sur le physique c'est revenir, en philosophie, au spiritualisme dualiste, c'est retomber, au point de vue nosographique, dans la conception simpliste des névroses considérées comme *morbi sine materia*.

Je repousse l'un et l'autre reproche.

L'étude de la biologie nous fait constater un parallélisme constant entre les phénomènes psychiques et le travail dont le cerveau est le siège.

Les plus ardents défenseurs du spiritualisme ne songent plus à combattre cette thèse. On trouve facilement, parmi les écrivains protestants, des penseurs prêts à accepter ces prémisses, mais leur témoignage peut paraître

suspect : il est entaché de libre examen. J'ai préféré puiser à une source plus orthodoxe encore.

Un prélat catholique, Mgr d'Hulst[1], s'exprime très clairement à ce sujet :

« Nous avons tous été élevés dans l'admiration d'une formule dont l'auteur est M. de Bonald, mais dont Descartes est l'inspirateur : *L'âme est une intelligence servie par des organes.* Le moindre défaut de cette définition c'est d'être très incomplète.

« L'intelligence est servie par des organes, servie, oui sans doute, mais assujettie aussi. Il est vrai que tout maître de maison est plus ou moins assujetti à ses domestiques.

« Mais, en consentant à se servir lui-même, il pourrait s'affranchir de cette dépendance.

« L'âme n'a pas cette ressource.

« Et la dépendance va plus loin.

« S'il ne s'agissait que de la partie inférieure de la vie psychique, la sensation, voire même la perception des corps, on pourrait dire :

« L'âme dépend des organes dans toutes les opérations qui ont leur point de départ au dehors. Mais dans sa vie propre, dans ses opérations intellectuelles, elle est maîtresse et non servante, elle ne dépend pas du corps. Malheureusement pour la théorie il n'en va pas ainsi.

« Même dans l'acte le plus pur de l'intelligence il y a un concours nécessaire, un concours important des organes.

« Le cerveau travaille dans le crâne d'un penseur. Il y a des vibrations de cellules dans la couche corticale du cerveau ; il y a, pour les rendre possibles, un afflux san-

1. M. d'Hulst, *Mélanges philosophiques. Recueil d'essais consacrés à la défense du spiritualisme*, etc., Paris, Ch. Poussielgue, 1892.

guin d'autant plus abondant que l'effort intellectuel est plus intense ; il y a une élévation de température qui en résulte ; il y a enfin une combustion de matière organique.

« Plus l'âme pense, plus le cerveau brûle de sa propre substance. Et c'est ainsi que le travail de la tête engendre, autant et plus que le travail des muscles, la sensation de la faim. »

Inutile de dire que le théologien philosophe s'écarte de ces prémisses dans ses considérations subséquentes, mais la thèse de la concomitance est posée avec la plus grande netteté.

Mgr d'Hulst est du reste un courageux. Non seulement il frappe d'estoc et de taille sur ses adversaires, les matérialistes, il malmène encore sans façon ceux qui sembleraient devoir être ses alliés naturels, les spiritualistes à la façon cartésienne. Il les accuse de favoriser les prétentions matérialistes.

Mais, après avoir signalé, en termes si clairs, la dépendance de l'âme vis-à-vis du corps, il fait volte-face et reprend l'animisme des scolastiques. Écoutons-le :

« La matière n'est pas dépourvue d'activité, mais elle n'est pas autonome. Elle n'agit pas, elle réagit.

« L'être moral agit, il se sent autonome, et même quand il réagit *(ce qui est le cas ordinaire)* [1], il met dans sa réponse à l'excitation du dehors quelque chose qui n'était pas contenu dans la demande. »

C'est là ce que je ne puis pas voir. Cette autonomie de l'être moral est apparente. Les réactions psychiques sont toujours, et non seulement le plus ordinairement, déterminées par des excitations venues du dehors sous une

1. C'est moi qui souligne cette parenthèse de l'auteur.

forme quelconque ; ce sont elles qui provoquent les associations d'idées. On peut dire de l'homme qu'il n'agit pas, mais réagit.

Il est donc logique d'admettre qu'il ne peut y avoir de manifestations psychiques sans travail cérébral concomitant, sans modifications physico-chimiques de la cellule cérébrale, sans combustion organique. On pourrait dire en changeant quelque peu les termes d'une proposition célèbre : *Nihil est in intellectu quod non sit in cerebro.*

On affirme souvent que le biologiste doit nécessairement s'arrêter à cette constatation du parallélisme, de la concomitance des deux phénomènes et qu'il lui est défendu de pousser plus loin son investigation. On lui refuse ce droit sous prétexte que ce n'est pas son métier de s'égarer sur le terrain de la métaphysique, et l'on se base sur l'hétérogénéité du monde moral et du monde matériel pour repousser tout lien de causalité entre la pensée et l'activité cérébrale.

Il me semble que c'est trop restreindre les limites de l'induction scientifique.

Sans doute, il y a, entre les faits de consience et l'état physique du cerveau, un abîme qui nous paraît infranchissable. Nous ne pouvons aucunement concevoir comment le travail physiologique des cellules cérébrales peut engendrer une sensation, faire naître une idée. Avec du Bois-Reymond nous pouvons dire : *ignorabimus*, ou plutôt, pour ne pas engager l'avenir : *ignoramus.*

Mais l'hétérogénéité que nous constatons subsiste dans l'hypothèse spiritualiste. Logiquement, elle nous empêche tout autant d'expliquer l'influence évidente de l'âme sur le corps que de prouver l'origine matérielle des mouvements de l'âme.

Le fait brutal est là ; la concomitance existe, elle est

reconnue par tout le monde. Or, quand nous constatons un parallélisme constant entre deux phénomènes, si disparates qu'ils puissent nous paraître, nous n'avons à choisir qu'entre les deux hypothèses suivantes :

Ou bien il y a entre les deux phénomènes concomitants un lien de cause à effet ; ou bien ils sont tous deux sous la dépendance d'un troisième facteur.

Cette dernière hypothèse fait songer à l'harmonie préétablie de Leibnitz où l'on suppose la concomitance établie, préordonnée par l'être divin. Dans cette conception il n'y a pas de relation causale entre la piqûre et la douleur qui lui succède ; cette dernière naît spontanément dans notre âme au moment précis où nous sommes piqués. Glissons sur ce point, nous y risquons notre raison !

Si, laissant libre la folle du logis, nous pouvons arriver à construire d'aussi étranges conceptions, le bon sens nous retient et nous fait préférer l'autre conclusion, celle qui admet une relation de causalité entre deux phénomènes parallèles.

Mais ce n'est pas tout ; il faut encore déterminer dans quel sens se fait la relation.

Ici nous trouvons, entre les spiritualistes dualistes et les matérialistes, les idéalistes.

Renouvelant les idées du sage grec Parménide, le philosophe irlandais Berkeley a soutenu que seules nos sensations et nos représentations mentales existent, que c'est là tout ce que nous pouvons connaître et qu'il ne nous est pas permis d'en conclure à la réalité matérielle des choses.

Ces prémisses sont évidemment inattaquables. En effet, nous ne vivons que de sensations et il est impossible de prouver qu'elles correspondent à une réalité.

Mais ce sont là des jeux d'esprit, ce me semble. Nous n'avons aucune raison de nous tenir pour des hallucinés

et nous distinguons soigneusement entre l'erreur des délirants et les constatations, psychiques évidemment, de l'homme sain. Quoique voir un bâton, sentir la douleur, soient de pures sensations, nous ne doutons nullement de la matérialité du bâton ni de l'existence du malandrin qui nous frappe.

Si, par une sorte d'acrobatie de la pensée, nous pouvons nous élever à ces hauteurs, la plupart des penseurs préféreront rester sur un terrain plus sûr. Ils trouveront plus rationnel d'établir la relation en sens inverse, d'admettre avant tout l'existence de nous-même, du monde extérieur ; ils considéreront la pensée comme le produit de l'activité cérébrale.

Mais laissons aux métaphysiciens le soin de poursuivre cette analyse et d'aborder les problèmes de philosophie transcendante. Il est peu probable qu'ils arrivent à des conclusions acceptables pour tous les esprits.

Dans la vie pratique, dans le domaine de l'observation médicale surtout, la vie psychique, morale, suppose l'intégrité du cerveau, et nous admettons qu'à chaque état d'âme correspond un état particulier de certains groupes cellulaires de l'organe pensant. Il y a, entre le travail intellectuel et la fatigue qui en résulte, une relation étroite, aussi évidente que celle que l'on constate dans l'exercice musculaire. Il ne me paraît pas téméraire de supposer qu'on pourra démontrer un jour, dans ce domaine, la loi de la conservation de l'énergie.

Je sais bien que cette loi n'a pas été vérifiée d'une manière absolue, expérimentale, dans tous les domaines de la physique.

Je sais encore mieux qu'il n'est pas prouvé qu'elle reste vraie en biologie. J'admettrai même, avec certains philosophes spiritualistes, « que la loi de conservation de

l'énergie est étendue aux phénomènes biologiques par une induction contestable » (Naville). Une induction reste toujours contestable, car elle s'aventure au delà des constatations pures et simples. Pour surprendre une loi, nous nous plaçons dans des conditions expérimentales favorables, nous simplifions le problème. La loi établie sur un certain nombre de faits certains, nous l'étendons par induction à des phénomènes plus complexes, nous la généralisons. Il y a, dans ce procédé mental, matière à erreur, possibilité de conclusions hâtives. C'est pourquoi je ne m'offusque pas de cette qualification de contestable qu'emploie M. Ernest Naville.

Mais logiquement, me semble-t-il, ce serait une induction plus contestable encore que de dire que cette loi n'est pas vraie dans le domaine de la biologie. Aucun fait précis ne nous autorise à conclure dans ce sens et à admettre une exception à une loi reconnue partout où les conditions expérimentales ont été favorables. Il ne suffit pas de montrer qu'une vérité n'est pas encore établie scientifiquement pour affirmer l'idée contraire. La question reste ouverte aussi longtemps que la démonstration n'est pas faite ; la solution provisoire dépend de la mentalité du penseur.

Tout acte psychique étant nécessairement lié à un travail cérébral concomitant, à des modifications intimes du chimisme cellulaire, il s'ensuit qu'il ne peut y avoir, en pathologie, d'affections mentales, nerveuses, sans substratum matériel. Si le cerveau d'un mélancolique, d'un hypocondre, d'un neurasthénique, ne présente à l'autopsie, à l'examen de coupes sériées du cerveau, aucune lésion morphologique, c'est en grande partie à l'insuffisance de nos moyens d'investigation qu'il faut l'attribuer ; il ne faut pas oublier que certaines altérations légères peuvent

n'être plus constatables après la mort. Si la tête était transparente, si nous pouvions suivre du regard toutes les modifications structurales que subit la cellule lors de son fonctionnement, nous surprendrions le travail physiologique qui, de l'aveu de tous, accompagne et, dans notre hypothèse, produit la pensée.

Lorsque, dans l'état que nous qualifions encore de normal, notre aptitude au travail baisse, quand notre émotivité grandit, quand nous éprouvons un sentiment de tristesse, motivé ou non par les événemeuts, c'est qu'il y a quelque chose de changé dans nos neurones. Nous sommes déjà alors dans un état maladif si on le compare à l'état de santé idéal, à l'euphorie d'un organisme fonctionnant harmonieusement dans toutes ses parties.

J'admets donc, sans pouvoir surprendre le mécanisme de la transformation, que ce que nous appelons la pensée n'est que le produit de l'activité cérébrale. J'en conclus que pas un trouble de cette pensée ne peut exister sans altération pathologique, passagère ou durable, de la substance cérébrale. L'expression de *morbi sine materia* n'a donc pas sa raison d'être.

Pourquoi, dans des leçons consacrées à la thérapeutique, aborder ces problèmes ardus où il est impossible de faire la preuve ? Contentez-vous de guérir des malades, si faire se peut, et laissez aux philosophes les brouillards de la métaphysique ! Voilà ce que penseront bien des confrères.

Je ne suis pas de leur avis.

Dans l'exercice de l'art de guérir, l'influence morale joue un rôle prépondérant.

Le médecin, même quand il a l'incurable naïveté de croire à toutes les vertus des drogues de la pharmacopée,

fait tous les jours de la psychothérapie. Il y a des praticiens qui en font inconsciemment, comme M. Jourdain faisait de la prose. Il y en a, moins nombreux, hélas, qui en font résolument et usent constamment de l'ascendant moral qu'ils ont sur leurs malades. N'est-il pas utile d'analyser cette action morale, d'apprendre à bien connaître l'outil que l'on manie, et peut-on faire cette étude en négligeant les problèmes que nous venons d'effleurer ?

Si, par les circonstances spéciales de sa situation, par goût personnel, le médecin se trouve en contact fréquent avec des névrosés, il lui est impossible d'éviter ces sujets ; il faut, coûte que coûte, qu'il arrive à se former une opinion.

Sans doute ces vues générales pourront varier à l'infini d'un penseur à l'autre. Il ne faut pas vouloir mettre toutes les têtes sous le même bonnet. Mais je ne puis concevoir un médecin assez borné pour pouvoir soigner ses malades en laissant volontairement dans l'ombre ces troublantes questions.

Les malades, du reste, ne permettent pas au médecin de s'obstiner dans une prudente réserve. Souvent, dès les premiers mots d'une consultation, ils vous entraînent sur le terrain de la philosophie.

Hier c'était un neurasthénique qui vous narrait ses découragements, ses faiblesses, ses phobies, et vous demandait à brûle-pourpoint : Est-ce physique ou est-ce moral ? Aujourd'hui c'est une mère qui amène sa fillette. La pauvre enfant n'est pas très intelligente, elle a quelque peine à fournir le travail exigé par l'école ; elle est têtue, volontaire, capricieuse, et quand on l'irrite elle frappe ses parents. — Je ne sais qu'en penser, dit la mère, je ne me rends pas compte si c'est mauvais caractère ou maladie. — Comme vous voudrez, madame, pourriez-vous répondre,

car c'est bonnet blanc et blanc bonnet ! Ce n'est pas ce qui devrait être et cela demande à être corrigé.

Vous prendrez vainement la résolution de rester médecin du corps. Bon gré, mal gré, vous serez forcés sinon de répondre, tout au moins de penser. Oh ! vous pouvez garder votre opinion pour vous, vous n'êtes pas forcés de répondre à ces questions indiscrètes en déballant tout le bagage de vos convictions philosophiques ou religieuses. Bien souvent vous ferez mieux de vous taire. Vous trouverez chez beaucoup de personnes une certaine inaptitude à vous comprendre et vous devez éviter d'ébranler, sans motif sérieux, les convictions de votre interlocuteur. Le plus souvent, en diplomate sincère que vous devez être, vous direz à vos clients ce qui vous semblera utile dans l'occurrence.

Vous avez, je suppose, devant vous un père quelque peu tyran qui vous amène sa fille comme une accusée, la traîne sur votre sellette et vous conte les bizarreries de la jeune fille. Il se déclare prêt à redoubler de sévérité s'il faut mâter ce caractère. Hâtez-vous alors de lui faire comprendre que c'est un état maladif et non un simple défaut qui motive les étrangetés de conduite de sa fille.

Vous penserez ce que vous voudrez, dans votre for intérieur, de cette distinction spécieuse, mais le conseil est opportun. Il ne constitue nullement un mensonge ; il est le seul possible vis-à-vis de la personne que vous avez devant vous, le seul qui puisse pénétrer dans son entendement assez profondément pour modifier son état d'âme, et souvent vous constaterez immédiatement les heureux effets de votre intervention.

Si ce père n'est pas lui-même un bizarre, ou même s'il est lui aussi un déséquilibré, il va s'adoucir, user dorénavant d'une bienveillante indulgence, car on pardonne

aux *malades*, tandis qu'on morigène les *vicieux*. La jeune fille, malgré ses tares mentales évidentes, subira la contagion de la douceur, de la bonté. Par ces simples mots : c'est maladif, que vous faites suivre des développements nécessaires, vous avez mis de l'huile dans les rouages et fait plus pour la santé de votre cliente qu'en lui prescrivant des douches et du bromure.

Un autre jour vous êtes en présence d'un grand jeune homme, un peu mou dans sa tenue et qui vous déclare qu'il *est* neurasthénique. Il ne *peut* pas travailler parce qu'il *est* trop faible ; il ne *peut* supporter les contrariétés, et sa mère et sa sœur, qui assistent timorées à la consultation, doivent faire l'impossible pour ne pas l'énerver.

Si vous cherchez à lui montrer qu'il pourrait jusqu'à un certain point réprimer cette irritabilité, il vous regarde étonné et se retranche derrière le fait qu'il *est* neurasthénique. Il vous le dit sur le même ton qu'il vous dirait : je suis phtisique ou diabétique.

N'hésitez pas à revenir à la charge et à combattre cette opinion préconçue. Montrez-lui que cette irritabilité exagérée, si maladive qu'elle soit, n'est pas inéluctable, qu'elle ne tient qu'à un désordre psychique sur lequel il peut avoir une influence marquée par l'éducation de sa raison.

N'allez pas le lui dire sèchement, en quelques mots dédaigneux, en ayant l'air de nier absolument le caractère maladif de cet état ; ne l'accusez pas d'avoir un caractère difficile, de n'avoir aucune énergie. Vous le blesseriez et vous couperiez ainsi court à toute tentative de traitement.

Consentez à voir en lui un malade, un neurasthénique, puisqu'il tient à cette dénomination ; témoignez-lui une vraie sympathie, faites-vous son ami et montrez-lui par

des exemples bien choisis de votre expérience d'homme et de médecin, ce que valent le courage moral, la tendance continuelle au perfectionnement de notre personnalité morale.

L'idée psychothérapique que l'on soumet au malade peut être très différente selon les cas, suivant le but que l'on poursuit. Elle doit varier selon la mentalité des sujets et les circonstances. Elle peut être diamétralement opposée suivant qu'on s'adresse au malade ou à ses proches. D'une part on rend le malade attentif à l'efficacité de l'effort moral, comme s'il n'était pas malade, d'autre part, insistant sur la nature pathologique de telle ou telle particularité mentale, on réclame des parents une bienveillante indulgence. L'harmonie est vite rétablie entre deux personnes quand elles viennent ainsi l'une au-devant de l'autre.

Je reviendrai sur cette nécessité de faire porter l'effort thérapeutique non seulement sur les malades, mais sur ceux qui vivent avec eux. C'est souvent le seul moyen d'obtenir des résultats complets et durables.

Je sais que pour pratiquer cette psychothérapie bienfaisante, il n'est nullement besoin d'avoir des opinions arrêtées en matière de philosophie. Il suffit d'avoir du tact et de la bonté.

J'ai vu des prêtres catholiques répéter sous une autre forme ce que, dans le cours d'un traitement, j'avais souvent dit à mes malades et me seconder dans mon œuvre mieux que ne l'aurait pu faire maint confrère. Je surprends des pasteurs au lit de mes malades et là, nous nous retrouvons sur un terrain commun, malgré la diversité des points de départ.

Point n'est besoin donc, pour entrer dans la confrérie, de montrer patte blanche et de faire sa profession de foi.

Mais, en contact journalier avec ces malades atteints dans leur être moral, continuellement préoccupé d'agir sur eux par la voie psychique, j'ai dû analyser les idées qui m'ont dirigé jusqu'ici ; j'ai dû souvent discuter ces questions avec mes confrères, avec des malades cultivés curieux de ces problèmes.

Je ne puis donc me résoudre à faire un simple exposé de ma méthode ; je dois dire aussi sur quelles bases philosophiques je me suis appuyé, montrer le fil rouge dont on suit la trace à travers tout le tissu de mes tentatives thérapeutiques.

J'ai dit et je répète que je n'ai pas la prétention d'accaparer la vérité pour moi et que je conçois qu'on puisse partir d'un autre point de vue. Je me contente de penser avec la tête que la nature a mise sur mes épaules : elle réagit à sa façon.

Dans les conclusions pratiques, je me suis souvent rencontré avec des esprits absolument différents du mien, avec des croyants de la plus complète orthodoxie ; nous n'avions de commun que le même intérêt bienveillant pour les malades, le même désir de leur porter secours par la voie de la psychothérapie. Nous nous étions rencontrés à une certaine hauteur comme deux ballons captifs, accolés l'un à l'autre et cheminant de conserve. Suivez les câbles et vous verrez qu'ils sont attachés à des points diamétralement opposés.

Le médecin qui réfléchit retrouve continuellement sur son chemin les problèmes de la *liberté*, de la *volonté*, de la *responsabilité*.

Si le souci de faire visites sur visites, de prescrire des médicaments, suffit à remplir sa vie, le médecin peut éviter ces troublantes réflexions.

Je veux espérer que la majorité de mes confrères éprou-

vera le besoin d'aller plus loin dans l'analyse. Tous, sans doute, ne prendront pas le même chemin, n'aboutiront pas aux mêmes conclusions. Beaucoup s'arrêteront en route, ballottés entre la raison et le sentiment, mais tous, me semble-t-il, doivent s'intéresser à ces sujets, et je serais bien étonné que leurs réflexions restassent sans influence sur leur thérapeutique.

On me pardonnera donc, je l'espère, les digressions qui vont suivre. Elles ont, à mes yeux, une importance capitale dans la pratique de la médecine, aussi bien dans les applications thérapeutiques les plus simples que dans la solution des questions médico-légales. En effet, ce n'est pas seulement dans l'examen des questions de criminalité que le médecin voit surgir ces problèmes et sent toute l'importance pratique de la solution qu'il leur donne.

Il y a entre les névrosés de tout acabit et les délinquants, les criminels, plus de connexions qu'on ne pense. Les névrosés comme les délinquants sont des *antisociaux*. Platon avait exclu les « hypocondres » de sa république.

On pourrait, il est vrai, dire de tous les malades qu'ils sont antisociaux. Tous sont gênés dans l'accomplissement de leur tâche et ils entravent l'activité des autres. Mais les malades qui meurent, ceux qui guérissent, ceux même qui restent incurables, ce sont les morts, les blessés et les invalides de la vie. On enterre les uns, on soigne les autres, on les respecte, on les honore.

Les délinquants ce sont, à nos yeux, les soldats indignes qu'on punit disciplinairement, qu'on fusille même. Les névrosés, ce sont les traînards du corps d'armée. On est un peu moins sévère vis-à-vis d'eux. Ils motivent plus ou moins leur incapacité de marcher, ils sont éclopés, c'est visible. Mais on ne les aime pas, on est prêt à leur lancer à la face le reproche de paresse, de simulation, de manque

d'énergie. On ne sait s'il faut croire à leurs bobos, les faire entrer à l'infirmerie, ou s'il faut les rudoyer et les envoyer à la manœuvre.

C'est déjà au problème de la liberté, de la responsabilité, que nous touchons, et c'est l'absence d'une solution claire qui nous fait hésiter sur la conduite à tenir.

La question se pose, plus brûlante encore, dans les cas fréquents où des dégénérés, des déséquilibrés se trouvent en conflit avec la justice. Leur état d'âme anormal, leur impulsivité les pousse à des actes coupables, à des délits contre la pudeur, à des violences, à des meurtres même.

Alors le problème de la liberté s'impose au médecin non plus comme une simple question théorique intéressante, mais dramatique, émouvante, parce que de sa déposition peut dépendre l'avenir d'un de ses semblables. On le voit : en touchant à ces questions philosophiques, je ne m'égare pas sur un terrain qui n'est pas le nôtre, je reste sur celui de la médecine pratique, en face des devoirs qu'elle nous impose. J'estime que tout médecin qui a compris sa tâche doit s'intéresser à ces sujets et chercher à arriver à une solution. Elle variera, je le sais, suivant la mentalité innée et acquise du penseur, mais il est permis d'espérer le triomphe des vues justes fondées sur la biologie et la philosophie naturelle.

QUATRIÈME LEÇON

Le problème de la liberté. — Déterminisme. — Flournoy ; Ernest Naville. — Caractère impérieux des mobiles qui nous font agir. — Conception populaire et conception philosophique de la liberté. — Notre esclavage en face de notre mentalité innée et acquise. — Orthopédie morale. — Inutilité du concept : volonté.

Il y a des conclusions auxquelles nous arrivons facilement en faisant usage de la logique la plus élémentaire et que nous n'osons exprimer. Elles paraissent être en contradiction si flagrante avec l'opinion publique, que nous craignons d'être lapidés, moralement, s'entend, et nous gardons prudemment notre lumière sous le boisseau. Le problème de la *liberté* est un de ces : *Noli me tangere*.

Soumettez-le à un individu isolé, dans une discussion théorique, en l'absence de tout élément passionnel, il n'aura pas grand'peine à vous suivre dans vos syllogismes ; il vous fournira lui-même des arguments en faveur du déterminisme. Adressez-vous aux masses ou à l'individu alors qu'il est sous le coup de l'émotion causée par un crime révoltant, vous soulèverez des clameurs d'indignation ; vous serez mis au ban de l'opinion publique.

Et cependant il s'agit là d'un problème important, de la solution duquel dépend notre attitude vis-à-vis de nos

semblables dans les questions brûlantes d'éducation de nous-même et des autres, dans celles de la répression des délits et crimes.

Mes convictions sur ce sujet m'ont été d'un tel secours dans l'exercice de la psychothérapie que je ne puis passer cette question sous silence.

Que l'on établisse entre le corps et l'esprit un rapport de causalité ou qu'en biologiste ultraprudent on se borne à constater le parallélisme constant des phénomènes psychiques et du travail cérébral, on arrive forcément au déterminisme.

C'est ce que reconnaît très explicitement un médecin philosophe, le Prof. Flournoy [1]. Voici ce qu'il dit à propos de la liberté :

« Ce semble être une entreprise désespérée que de vouloir sauver la liberté en face d'un principe aussi précis que celui de la concomitance ; et ce l'est en effet, si la psychologie expérimentale est l'expression de la vérité en soi.

« Car ici plus d'échappatoire. Rien ne sert de spéculer sur le nexus qui unit l'âme et le corps : quelle que puisse être la nature de ce lien, du moment qu'il y a concomitance régulière, la succession des états de conscience du berceau à la tombe est forcément aussi réglée, aussi nécessitée en chacun de ses termes, que la série correspondante des événements mécaniques.

« Au surplus, sauvât-on la liberté de ce mauvais pas, qu'on n'y gagnerait rien, car ce n'est pas seulement le parallélisme psychophysique qui lui fait obstacle, c'est, d'une façon beaucoup plus générale, l'esprit de toutes nos sciences. Qu'est-ce, en effet, que connaître un événement,

1. *Métaphysique et psychologie*, Genève, 1890.

le comprendre, en faire un objet de science, sinon le rattacher à ses causes, c'est-à-dire lui assigner comme telles la série et l'ensemble des événements antérieurs qui l'ont produit, qui l'ont rendu nécessaire ? Expliquer un fait, c'est toujours le ramener à d'autres où il était implicitement contenu, et en vertu desquels il ne pouvait pas ne pas être, ni être autrement. L'axiome constitutif de toute science est celui du déterminisme absolu. La Science expire où commence la Liberté. »

Mais, en philosophe qui a conservé, sous l'influence du milieu, l'empreinte du spiritualisme religieux, le Dr Flournoy constate avec douleur l'apparent divorce de la science et de la morale ; il se croit dans une impasse. « La science, continue-t-il, exclut le libre arbitre comme sa négation même, la responsabilité le réclame comme sa condition absolue. Faudra-t-il donc opter entre elles et sacrifier la vérité de la première à la réalité de la seconde ? Dure extrémité, car il paraît aussi difficile de renoncer à l'une qu'à l'autre. »

Je ne vois pas qu'il soit nécessaire d'arriver à ce troublant dilemme.

Qui aime la vérité doit rester son amant fidèle. Quand la raison, notre instrument de travail le plus précis, nous amène non seulement par l'expérience, mais aussi par l'induction, à des données claires, nous pouvons aller de l'avant sans appréhensions.

Il se peut qu'au premier abord nous nous sentions entraînés vers des conclusions qui semblent fâcheuses ; nous pouvons craindre d'arriver à des vues subversives, dangereuses pour le corps social.

J'estime que c'est là une illusion. Il y a au fond de chacun de nous un conservateur timoré qui n'accepte le progrès qu'avec répugnance et redoute les conséquences

des idées nouvelles avant de savoir quelles elles seront.

Les croyants de toute religion évitent volontairement cet écueil réputé dangereux encore que personne ne s'y soit jamais perdu. Ils considèrent la raison humaine comme un fallacieux instrument et se gardent de plonger l'agrégat de leurs dogmes dans le dissolvant du libre examen. Leur position me paraît irrationnelle, mais elle a au moins l'avantage d'être inexpugnable. Il n'y a plus d'arguments à opposer à celui qui déclare : Je ne raisonne pas, je crois.

Mais quand on se place résolument sur le terrain scientifique, philosophique, il faut laisser trottiner gentiment l'ânon de sa logique. Il nous mène tout droit au déterminisme, à moins que violemment nous ne lui fassions tourner bride.

C'est ce que me semble avoir fait M. Ernest Naville dans son livre consacré tout entier à la défense du Libre Arbitre [1].

Analysons rapidement et critiquons au fur et à mesure son exposé magistralement condensé dans la Préface :

« Tout ce que l'homme fait, en dehors des mouvements purement instinctifs, est le produit de sa volonté. Mais concevoir la volonté comme un pouvoir libre, créateur unique de ses actes, admettre la volonté d'indifférence, est une erreur qu'une étude un peu attentive de la psychologie fait promptement rejeter. »

La voilà déjà bien compromise cette liberté humaine. Le piédestal sur lequel on la place se rétrécit à mesure qu'on analyse le problème des volitions. Mais continuons :

« Une volition dont un acte résulte est un fait qui a

1. *Le libre arbitre*, étude philosophique, par E. Naville, Genève, 1898.

des facteurs nombreux et qui donne lieu à de délicates analyses.

« Le pouvoir d'agir se trouve toujours en présence des mobiles de la sensibilité et des motifs de l'intelligence, et les motifs ne deviennent des mobiles que dans la mesure où ils créent des désirs. L'idée d'un acte n'a pas d'influence si à cette idée ne se joint pas un attrait ou une répulsion. Nous sommes donc en présence d'impulsions diverses et le plus souvent opposées. »

Notons bien ces prémisses ; elles sont à la base de l'idée déterministe.

« La thèse du déterminisme, continue M. Naville, est que ces impulsions produisent nos actes d'une manière nécessaire, fatale. La thèse des partisans du libre arbitre est que, soumis à des impulsions différentes, nous avons le pouvoir de choisir, de résister aux unes ou de céder aux autres. La liberté humaine est essentiellement relative ; elle ne se manifeste que dans la possibilité du choix entre des sollicitations qui préexistent à l'acte de volonté, parce que la volonté ne peut se créer son objet. »

Ici j'avoue ne plus comprendre.

Qui ne voit, en effet, que l'acte de *choisir*, de *résister* à certaines impulsions, de *céder* à d'autres, constitue précisément une *volition* dans le sens le plus strict de ce mot. Or, selon M. Naville lui-même, une volition est toujours *déterminée* par l'attrait ou la répulsion qui s'attache à une idée. Si nous choisissons, résistons, cédons, c'est apparemment que nous y sommes poussés soit par les *mobiles de la sensibilité*, soit par les *motifs de l'intelligence*. Nous *cédons* donc toujours à un attrait ou à une répulsion. C'est la liberté du morceau de fer attiré par l'aimant.

Ce paralogisme qui consiste à exclure du groupe des volitions les actes de choisir, résister, céder, est le seul

argument que l'éminent philosophe chrétien oppose à l'idée déterministe. Aussitôt après il abandonne le terrain de la raison, de l'analyse scientifique, pour exposer ses craintes au sujet de la morale en danger :

« Pour sentir la gravité de la question soulevée il suffit de comprendre que, sans un élément de liberté, il n'y a pas de responsabilité ; et que nier la responsabilité d'une manière absolue, c'est renverser le fondement de toutes nos notions morales et sociales, c'est vouloir effacer du dictionnaire les mots de devoir, de bien et de mal moral ou du moins donner à ces mots, si on les conserve, un sens tout autre que celui que le genre humain leur a toujours attribué. »

Eh bien, oui ! Il faut le dire clairement : les mots prennent toujours une autre signification quand on se livre à une analyse philosophique, quand on procède par induction scientifique.

Dans le langage courant les mots n'expriment que des conceptions frustes, incomplètes. Ils traduisent l'impression première et ils s'emploient sans souci de la vérité scientifique. Nous dirons toujours que le soleil se lève et se couche, alors que nous savons que c'est une apparence résultant de la rotation de la terre. Nous parlons du ballon qui flotte libre dans l'espace, oubliant volontairement qu'il est l'esclave docile de la densité des gaz.

Aussitôt qu'on admet les prémisses, scientifiquement justes, qu'exprime M. Naville, c'est-à-dire qu'une volition est toujours *déterminée* par les mobiles de la sensibilité ou les motifs de l'intelligence, il n'y a plus d'échappatoire. Il n'existe aucune raison pour mettre dans une classe à part les trois verbes : choisir, résister, céder. Il faut coûte que coûte arriver au déterminisme ou alors tourner résolument le dos à la raison.

On craint la thèse du déterminisme qui dit que ces impulsions produisent nos actes d'une manière nécessaire, fatale, et c'est contre cette fatalité qu'on s'insurge. On n'envisage que les impulsions au mal, les appétits de la bête humaine, et l'on se détourne du déterminisme comme s'il impliquait un révoltant esclavage, la suppression de la morale. On oublie que nous pouvons être aussi les esclaves du bien, du beau, des lois morales, que nous cédons aussi à des mobiles élevés de notre sensibilité, qu'enfin les motifs de l'intelligence deviennent des mobiles puissants par l'attrait ou la répulsion qui s'y joint et que ce sont eux qui souvent déterminent nos volitions.

Quoi que nous fassions, nous *obéissons* toujours à quelque sentiment, à quelque idée. Soumettez à l'analyse un acte quelconque, aussi bien le dévouement d'un martyr que le crime le plus affreux, vous trouverez toujours un mobile impérieux qui a déterminé l'action. Chez l'un c'est une noblesse innée des sentiments due à l'hérédité, fortifiée par l'éducation ; ce sont des convictions morales, religieuses, soigneusement entretenues par le milieu familial ou social dans lequel a vécu l'individu ; chez l'autre ce sont les redoutables impulsions de l'égoïsme brutal, les passions basses cultivées, elles aussi qui sont plantes vivaces, dans l'humus fécond du milieu social.

Et toujours nous *cédons* à l'impulsion qui, en raison de notre mentalité antérieure, a exercé sur nous son pouvoir fascinateur.

On oublie aussi que la fatalité qui s'attache inéluctablement à l'acte commis ne préjuge rien sur les impulsions qui vont suivre. Soumis jusque-là à l'esclavage du mal, le coupable peut retrouver la bonne voie ; échappant aux mobiles bas de sa sensibilité, il peut subir dorénavant le joug des motifs de l'intelligence, des conceptions morales.

L'hypothèse du déterminisme n'exclut ni la réflexion, ni le retour sur soi-même, ni le développement moral. Le déterminisme se borne à constater l'enchaînement des faits de conscience et il l'explique par l'action continue des mobiles sur notre cerveau pensant.

Il me semble qu'il faut être bien peu hardi dans sa pensée pour reculer devant ces conclusions qu'impose la constatation des faits, et bien timoré pour voir dans ces conceptions un danger pour la morale.

Pourquoi, puisque l'analyse nous amène à la négation du libre arbitre, conservons-nous cependant les termes de liberté, de volonté, de responsabilité même ? Pourquoi le déterministe le plus convaincu dit-il tous les jours : Je suis libre, je veux ? C'est qu'il emploie ces mots dans le sens qu'ils ont dans le langage ordinaire.

Ce serait une tâche ardue et vaine que de vouloir réformer le langage, expression vive et immédiate de nos impressions primesautières, et d'alourdir ces images par des considérants philosophiques.

Laissons aux mots leur acception commune dans les relations avec nos semblables ; mais dans l'analyse délicate où nous conduit la pensée philosophique, nous pouvons nous permettre des interprétations qui conservent leur justesse alors même qu'elles semblent opposées aux conceptions anciennes.

Dans le langage de tout le monde, qui ne peut suivre toutes les fluctuations de la pensée, *être libre* signifie *pouvoir faire ce qu'on veut*. Nous nous disons libres quand aucun obstacle matériel, aucun trouble organique ne vient impérieusement s'opposer à nos volitions. Barrière d'un côté, maladie de l'autre, voilà les seuls obstacles qui, aux yeux de celui qui ne réfléchit pas, restreignent la liberté humaine.

Mais soumettez votre propre conduite ou celle de vos semblables à un examen moins sommaire et vous constaterez avec douleur que nous sommes aussi esclaves de notre mentalité innée ou acquise. Vous, jeune homme, si bien doué du reste, vous avez une fatale instabilité des dispositions d'esprit, des veuleries fréquentes, et tous les jours, vous vous apercevrez que vous n'êtes pas aussi libre que vous voulez bien le dire. Vous, madame, qui, par hérédité ou atavisme, vous l'avez dit, êtes impressionnable, sous savez si peu réprimer vos impulsions que vous venez de déclarer : C'est plus fort que moi ! Il y a donc quelque chose de plus fort que votre volonté et cela en vous-même sans que personne vous impose une contrainte ?

L'alcoolique croit à sa liberté et vous dira : Je suis libre de boire ou de ne pas boire. Le malheureux ne voit pas qu'il est l'esclave des besoins maladifs de son organisme qui ne peut supporter l'abstinence, qu'il agit sous de sourdes impulsions insuffisamment refrénées par des idées morales ayant perdu leur netteté, leur saveur.

Que de gens qui font parade de leur volonté et ne sont que ce qu'on appelle « des volontaires », c'est-à-dire des impulsifs, esclaves des mobiles de leur sensibilité.

Le sachant ou à notre insu, nous retrouvons continuellement sur notre route des obstalecs souvent insurmontables qui nous empêchent d'agir, quoique notre liberté, dans le sens commun du mot, semble subsister pleine et entière. Les philosophes défenseurs du libre arbitre ont déjà donné au mot de liberté une tout autre signification que celle qu'il a dans le langage ordinaire. Ils l'appellent liberté relative alors qu'elle paraît absolue à celui qui ne pense pas. Ce n'est plus un pouvoir libre, la reine toute-puissante ; cela rappelle une royauté constitutionnelle.

Poussez plus loin l'analyse et vous verrez que vous êtes aussi l'esclave de vos impulsions heureuses, de vos bonnes sensibilités, de vos idées claires de vrai, de bien et de beau, et que vous ne pouvez pas changer à volonté vos idées directrices. Comme la girouette sur nos toits, vous obéissez à tous les vents, oscillant tantôt d'un côté tantôt de l'autre, mais vous gardez la direction du vent dominant qui souffle pour vous à l'époque de vos déterminations.

La conception vulgaire de la liberté, comme puissance autocratique, est fausse. Il n'est pas besoin de délicates analyses pour découvrir son caractère simpliste.

Les spiritualistes reconnaissent l'esclavage qui se cache sous notre liberté apparente. Ils savent la puissance des mobiles mais, arrêtés par des inquiétudes morales étrangères à l'induction scientifique, ils accouplent deux mots qui s'excluent, et appellent la liberté humaine une « liberté relative qui ne peut se créer son objet ».

A mesure que l'étude de la biologie fait reconnaître les obstacles que nos états d'âme innés ou acquis, notre caractère foncier, accumulent sur notre route, elle diminue l'aire où se meut cette liberté.

Le déterminisme voit l'esclavage constant dans lequel nous sommes vis-à-vis des mobiles. Il le sait inéluctable au moment précis où s'accomplit la *réaction ;* il le croit fatal aussi longtemps que des impulsions contraires ne viennent pas changer la direction du mouvement. Il nie le *libre arbitre* comme conception philosophique insoutenable, absolument inaccessible à la raison humaine.

Dans le langage même du peuple on retrouve des expressions qui dénotent l'intuition de cet esclavage vis-à-vis des mobiles. On propose, par exemple, à une personne, un acte répréhensible qui aurait pour elle, à pre-

mière vue, des avantages évidents. Aussitôt une lutte s'établit dans ce crâne. L'individu se sent tout d'abord entraîné par l'attrait qu'aurait, à ses yeux, l'acte coupable. Mais les associations d'idées surviennent, les conceptions morales surgissent, deviennent plus nettes. Sous l'influence des réflexions, peut-être des conseils d'autres personnes, la situation s'éclaircit. L'idée de l'acte perd son attrait, elle provoque même de la répulsion. Les motifs de l'intelligence, au contraire, deviennent plus impérieux ; de l'idée froide, intellectuelle, naît la conviction chaude, entraînante, et tout à coup la personne éclate en disant : Non, je ne *peux* pas faire cela ! Elle a cédé à l'impulsion la plus forte et dans une naïve intuition du déterminisme moral elle dit : *Je ne peux pas* et non *je ne veux pas.*

N'est pas criminel ou vicieux qui veut, et chacun de nous est retenu constamment par des barrières morales qui, pour être psychiques, mentales, suppriment néanmoins notre libre arbitre, autant qu'un mur ou la maréchaussée restreignent notre liberté. La fatalité s'attache naturellement à l'idée déterministe, mais il y a loin encore de cette fatalité à la prédestination qu'enseignent les religions. Dans toutes les conceptions religieuses où « les cheveux de notre tête sont comptés » je m'efforce vainement de trouver place pour la liberté. Il me semble que c'est pour le coup qu'il faudrait non seulement modifier le sens de ce mot, ce qui est toujours permis, mais le rayer hardiment du dictionnaire.

Au moment précis où un homme exécute une volition quelconque, cet acte est un résultat. Il ne pouvait pas ne pas être ou être autrement, étant donnés les mobiles de la sensibilité ou de la raison qui ont agi sur le sujet. Il est le produit de sa mentalité actuelle.

Ah ! sans doute, l'acte aurait pu être autre *si* la personnalité de l'être agissant avait été autre elle-même, *si* sa mentalité n'avait pas été troublée par la fatigue, la maladie, l'intoxication alcoolique. Le coupable aurait pu éviter la faute commise *s'il* avait eu présents à la mémoire les enseignements de la morale, *si* ces idées qui ont pu effleurer son entendement avaient été doublées d'attrait. Mais tous ces *si* sont inutiles, arrivent trop tard. Ces attractions ou répulsions efficaces n'ont pas existé et l'acte s'est accompli fatalement avec toutes ses tristes conséquences pour l'individu, sa famille et la société.

Mais il n'est écrit nulle part que l'individu va persister dorénavant dans la direction mauvaise, qu'il est voué fatalement au mal. C'est maintenant, la faute commise, qu'il faut faire intervenir l'influence éducative, accumuler dans cette âme les mobiles favorables de la sensibilité, les motifs de l'intelligence, éveiller la pitié, la bonté, ou fonder sur la raison le sentiment du devoir moral.

Je ne vois pas d'idée plus féconde en impulsions heureuses que celle qui consiste à prendre les gens comme ils sont, à admettre qu'au moment où on les observe, *ils ne sont jamais que ce qu'ils peuvent être.*

Seule cette conception nous amène logiquement à la vraie indulgence, à celle qui pardonne, ferme aussitôt les yeux sur le passé pour fixer son regard sur l'avenir. Quand on est arrivé à se mettre en tête cette idée directrice, on ne s'irrite pas plus devant les bizarreries d'une hystérique qu'en présence des vilenies d'un égoïste.

Sans doute on n'arrive pas d'emblée à ce sain stoïcisme, non pas vis-à-vis du mal, entendons-nous bien, mais vis-à-vis des coupables. Nous réagissons tout d'abord sous l'influence de notre sensibilité ; c'est elle qui détermine le

premier mouvement ; c'est elle qui fait bouillonner notre sang, éveille les nobles colères.

Mais l'émotion doit se calmer, la réflexion doit se faire. Elle ne nous amène pas à une révoltante indifférence, mais, plus conscients du mécanisme mental des volitions, nous retrouvons le calme ; nous voyons les fils divers qui ont fait marcher la marionnette humaine et nous pouvons envisager le seul plan possible, le seul utile, celui de couper court au renouvellement des actes mauvais, de mettre à l'abri ceux qui pourraient en souffrir et d'assurer l'avenir par l'amélioration du coupable.

Sans doute, la volonté envisagée comme pouvoir libre disparaît dans la conception déterministe. Nos décisions, nos volitions, sont toujours déterminées par des mobiles irrésistibles au moment où la réaction se produit et j'ai montré par quel sophisme on a cherché à soustraire à cette règle les actes de choisir, résister, céder, et leurs synonymes. Plus j'analyse mes propres actes de volonté ou ceux de mes semblables, moins je constate ce qui devrait caractériser la volonté, c'est-à-dire l'*effort*. C'est pourquoi, énonçant le moyen de lutter contre le nervosisme j'ai préféré le terme d'éducation de la raison à celui d'éducation de la volonté. Quand nous obéissons aux simples suggestions de notre sensibilité, quand nous nous laissons aller à nos désirs, nous ne parlons pas de volonté, quoiqu'il s'agisse là encore de volitions. Nous sentons bien qu'alors nous sommes esclaves de nos goûts, de nos appétits, et nous taxons de laisser-aller moral cette obéissance aux mobiles. C'est quand nous faisons appel aux motifs de l'intelligence, aux idées morales, que nous avons la prétention d'être libres et nous appelons homme énergique celui qui base sa conduite sur ses principes rationnels, sur ses convictions morales, religieuses ou philoso-

phiques. Au fond, il ne fait qu'obéir aux suggestions de sa raison ; il a une vue plus claire de la voie à suivre ; il trouve des attraits dans des chemins où les autres ne sont pas attirés, où ils éprouvent peut-être d'instinctives répulsions. La vue claire du but suffit à assurer notre marche. Comme l'a dit Guyau : celui qui n'agit pas d'après ce qu'il pense, pense incomplètement.

On objecte que nous pouvons avoir nettement conscience de l'excellence d'une détermination mais que nous n'avons pas la force de la prendre. Je ne nie pas le fait, mais je repousse l'explication ; ce n'est pas la force qui nous manque. Si nous résistons encore, si nous ne marchons qu'avec hésitation, si même nous nous précipitons dans une voie opposée, c'est que nous sommes encore retenus par les chaînes de notre sensibilité. Nous voyons par les yeux de l'esprit ce qui serait le bien, mais le cœur n'y est pas, il n'y a pas de mouvement émotif, passionnel. Nos idées ne nous entraînent que quand elles sont devenues des convictions. Alors il n'y a plus de lutte, plus d'effort volontaire. Le mouvement s'établit et s'accélère comme celui d'un corps soumis à l'influence de la pesanteur.

Comme le disait élégamment une de mes malades qui, bien que croyante sincère, avait compris au premier mot : la volonté tombe passivement dans l'ornière que lui creusent le sentiment ou la raison.

CINQUIÈME LEÇON

Responsabilité absolue. — Responsabilité sociale, morale. Morale indépendante ; la raison est un guide. — Développement graduel des sentiments moraux. — Conscience morale. — Communauté d'aspirations entre les croyants et les libres penseurs. — Recherche du bonheur ; il dépend de notre mentalité innée ou acquise. — Défaut de caractère ou maladie de l'esprit.

Les mots de liberté et de volonté peuvent être conservés dans le langage courant avec le sens restreint qui leur a toujours été donné. Quand nous pouvons obéir aux impulsions de notre sensibilité, aux conseils de notre raison, nous nous déclarons libres, parce que nos mobiles n'étant pas envisagés comme étrangers à nous, nous avons la sensation de choisir, de vouloir. Il est inutile de supprimer ces termes qui rendent si bien ce qu'ils veulent dire.

Mais si nous analysons plus à fond les choses, la raison nous démontre l'esclavage complet dans lequel nous sommes vis-à-vis des mobiles. Nous arrivons nécessairement à nier le libre arbitre, et la volonté disparaît comme pouvoir libre.

Il me semble qu'aucun penseur ne peut se soustraire à ces syllogismes qui n'ont rien de spécieux, rien d'artificiel. Au lieu de raisonner on s'émeut et l'on s'écrie : Mais que devient la morale dans l'hypothèse déterministe ? Elle ne peut plus exister ! — Voilà l'objection constante

que l'on oppose au déterminisme biologique, voilà l'obstacle devant lequel on recule épouvanté, voilà le divorce entre la science et la morale que signalent éloquemment les philosophes spiritualistes et chrétiens. En effet, disent-ils, nier le libre arbitre c'est supprimer la responsabilité ; or celle-ci est la base de la morale.

Il faut s'entendre. La vraie responsabilité, celle qui nous placera un jour en face d'un être suprême, juge tout-puissant de nos actions, est d'origine théologique. Pour l'admettre il faut une conception anthropomorphique de la divinité, un acte de foi, et ce n'est pas en effet à cette conclusion que mène la science.

Mais, eussé-je même réussi à me mettre en tête ces conceptions, je trouverais révoltant de voir les hommes se faire ainsi les justiciers de leurs semblables. Nous sommes en ce monde dans des relations de frères à frères et rien ne nous autorise à nous considérer comme les instruments de la justice divine. Il faut volontairement fermer les yeux sur ce qui se passe dans le monde, dans l'enceinte même de nos tribunaux, pour oser attribuer à cette justice humaine le caractère d'infaillibilité qu'elle devrait nécessairement avoir pour se substituer à la justice clairvoyante d'une Providence. Si nous avons un Père infiniment juste et bon, laissons-le sonder nos reins et distribuer à son gré la récompense ou le châtiment, mais débiles comme nous le sommes, n'ayons pas le front de juger de la culpabilité des autres.

Responsables, dans ce sens étroit et absolu, nous ne pouvons pas l'être, car au moment où nous sommes sortis du droit chemin, nous n'avons fait qu'obéir à nos impulsions présentes, nous étions esclaves.

Notre conduite trahit toujours notre mentalité actuelle et cette mentalité n'est que le produit de notre tempéra-

ment natif et de notre éducation. Nos parents, nos amis, la société tout entière ont largement contribué à créer l'état d'âme où nous sommes et, si coupable il y a, nous sommes tous responsables.

Est-ce à dire qu'il n'y a ni bien ni mal, ni bons ni méchants ; devons-nous assister dans un impassible fatalisme à l'éclosion de toutes ces fleurs du mal qui, depuis que le monde est monde, pullulent avec la fécondité de l'ivraie ? Nullement.

Il y a une responsabilité sociale qui autorise la société à réprimer le vice ou, ce qui vaut mieux, à le prévenir, à en empêcher le renouvellement. La société obéit à la nécessité de la défense personnelle et la solidarité qui nous unit nous enjoint de contribuer pour notre part au maintien de cet ordre moral.

Il y a une responsabilité morale qui nous incite non seulement à respecter les lois, à éviter le conflit avec la société, mais nous force à nous courber devant l'idéal d'une loi morale, pour autant que nous pouvons le reconnaître. La morale religieuse elle-même n'entraîne que ceux que leur mentalité native, leur éducation a amenés à la soumission. Dans le domaine moral nous ne pouvons obéir qu'aux lois auxquelles nous donnons notre assentiment.

La morale existe, indépendante, libre de toute attache théologique. Son code est résumé dans cet ensemble de sentiments et d'idées altruistes qui sont communs aux peuples civilisés. Qu'elle soit sentimentale ou rationnelle au début, cette morale devient peu à peu instinctive, automatique ; elle constitue ce qu'on appelle la conscience morale. Sans doute les religions ont apporté bien des pierres à l'édifice ; elles ont contribué pour une large part à l'établissement de ce fond moral, mais il serait

injuste de leur en rapporter tout l'honneur. La morale est l'œuvre des penseurs de tous les temps qui ont eu l'intuition, du Vrai, du Beau et du Bien, et ont cherché à fonder sur la raison le code moral qui doit nous servir de guide.

Il semble au premier abord qu'une morale avec sanction et obligation, telle qu'elle résulte de l'idée religieuse, doit s'imposer plus facilement, plus rapidement, et exercer sur les masses une influence éducative plus puissante.

Depuis tantôt deux mille ans, l'expérience est faite et le résultat n'est pas encourageant. Sans doute la morale du Christ reste la plus pure, la plus élevée. Si on la sépare du dogme, elle constitue l'idéal de la morale indépendante. Mais elle n'a eu dans ce monde qu'un succès d'estime et l'Église, loin de contribuer à la répandre, n'a réussi qu'à maintenir une mentalité pathologique où domine la tendance naturelle à la superstition et au fanatisme. Il faut être doué d'un optimisme bien robuste pour attendre des seules religions l'influence moralisante qui doit nous délivrer de notre débilité dans le bien et fonder le règne de la justice. La morale religieuse elle-même, je le répète, n'exerce son action bienfaisante que lorsque ses enseignements sont compris, lorsqu'ils concordent avec notre sentiment intime, avec nos aspirations natives, quand ils obtiennent l'assentiment de notre raison. C'est toujours à la lumière de la morale indépendante, sentimentale et rationnelle, que nous jugeons les prescriptions morales de la religion.

Le dévot accepte souvent sans réfléchir, dans une obéissance passive à l'autorité, des pratiques rituelles, des dogmes qu'il ne discute pas, mais à moins de consentir à une déchéance intellectuelle complète, il ne peut admettre

des conceptions morales opposées à ses sentiments naturels de bonté, aux données de la raison.

La morale est sociale avant tout et se résume dans ce précepte : « Ne faites pas aux autres ce que vous ne voudriez pas qu'on vous fît » et dans son corollaire : « Faites aux autres ce que vous voudriez qu'on vous fît. » Elle trouve son expression, si l'on veut, dans la formule moins compréhensible à première vue : « Aime ton prochain comme toi-même. »

Celui qui ne saisit pas cette loi morale est dans un état d'infériorité intellectuelle. Elle est accessible à tous, sans qu'il soit besoin de faire intervenir une sanction divine. Il est plus noble, ce me semble, d'obéir au sentiment du beau et du bon, de céder aux motifs de l'intelligence clairvoyante, que de subordonner sa conduite à l'espoir d'une récompense ou à la crainte d'un châtiment.

Sans doute la morale n'est pas absolue ; elle ne pourrait l'être que dans l'hypothèse d'une révélation divine, d'un code moral imposé, et c'est contre cette idée que s'insurge l'esprit humain. La morale est toujours relative et variable, dans certaines limites, suivant les milieux humains. Mais le progrès s'accomplit lentement et sûrement ; il tend à l'unification des idées morales et cette poussée de perfectionnement paraît plus intense encore aujourd'hui, quoique les masses semblent échapper toujours plus au joug des Églises.

Avouons-le, la morale laïque n'a pas mieux réussi que l'Église à changer la mentalité humaine. Il faut accepter la situation comme elle est ; le développement moral se fait avec une désespérante lenteur. La raison, si victorieuse dans le domaine des sciences exactes, rencontre de nombreux ennemis quand elle s'avance sur le terrain plus vague de la philosophie. Elle succombe dans les

embûches que lui tendent l'égoïsme, les passions, les mobiles de la sensibilité si souvent opposés aux motifs de la raison. Elle a à lutter avec le parti pris, avec les opinions préconçues, irraisonnées, nées dans notre esprit sous la suggestion de l'éducation.

Mais, malgré tout, le perfectionnement moral s'accomplit ; il s'accélère par les efforts de la pensée libre, consciente de sa faiblesse autant que de sa puissance. On sourit parfois dédaigneusement en parlant de la déesse Raison ; je veux bien qu'elle soit débile, mais c'est le seul instrument que nous possédions pour aller à la recherche de la vérité ; force nous est bien de nous en servir.

Le perfectionnement moral consiste à faire cesser l'antinomie qui existe souvent entre les mobiles de notre sensibilité et les motifs de la raison. Les lois morales, sans être dictées d'en haut, ont leur beauté. Nous en subissons le charme dès le berceau par l'exemple de ceux qui nous entourent. Nous nous complaisons, par une sorte de sensualité instinctive, dans cette atmosphère douce. Il n'y a pas d'effort, pas de contrainte, il n'y a qu'abandon naturel.

Plus tard la lutte commence. Le monde exerce sur nous son influence éducative plus souvent néfaste que favorable. Obéissant encore à notre sensibilité native ou acquise, soutenus par l'exemple de ceux que nous aimons, nous évitons les écueils. D'un coup d'œil déjà exercé, nous voyons le laid et nous le fuyons pour rechercher la lumière du beau. Souvent notre vue s'obscurcit, mais après ces éclipses, le beau reparaît entraînant, impérieux. Notre discernement s'affine et toujours moins chancelants nous avançons sur la route du bien. Oh, je sais que la tâche est ardue. Que l'homme soit guidé par ses propres forces, par les enseignements d'une philosophie person-

nelle, qu'il s'appuie sur le bâton de la religion, il n'évite pas les chutes sur cette longue route. Toute notre vie se passe à acquérir cette maîtrise de nous-même.

N'oublions pas qu'elle n'implique pas un effort volontaire, dont nous sommes radicalement incapables, mais une vue toujours plus claire de l'attrait qui s'attache aux conceptions morales.

Hélas, les malheureux qui ne poursuivent que la recherche exclusive des plaisirs sensuels ne font pas plus de philosophie qu'ils ne se prosternent dans les temples. Il en est de même de ceux que les calculs d'un prudent égoïsme amènent à une règle de vie sensiblement conforme à la loi morale.

Voilà le matérialisme des mœurs, celui qui court les rues en dépit des efforts constants des religions et de l'action parallèle de la morale indépendante.

Il y a pour les déterministes un danger, c'est celui des alliances involontaires. Les doctrines déterministes mal interprétées trouvent facilement des adhérents parmi ceux qui ne recherchent que leur bien-être matériel et qui sont heureux de donner à leur conduite une apparente justification. Il serait aussi injuste d'imputer ce résultat aux doctrines positivistes que d'accuser l'Église quand un bandit monte à genoux l'escalier sacré de Rome pour commettre un crime quelques instants après. Tartuffe ne devait discréditer que les faux dévots. Chaque doctrine est exposée à ces alliances fâcheuses. Ne voit-on pas des chrétiens sincères, dévoués, imbus de la morale la plus pure, socialistes idéalistes, confondus contre leur gré dans les rangs des révolutionnaires haineux, des négateurs de tout ordre social et moral !

De même qu'il y a peu de chrétiens sincères dont la piété se manifeste par un vrai changement d'état d'âme,

de même il n'y a pas beaucoup de libres penseurs qui, sans renoncer aux droits de la raison, gardent leur enthou siasme pour un idéal moral et cherchent à l'atteindre par le continuel perfectionnement de leur moi.

L'obstacle au développement des idées élevées n'est pas dans les doctrines nées par l'étude des sciences naturelles, par des réflexions encore inaccessibles à la masse ; il est dans ce poids mort énorme que constituent les *non-penseurs*, les indifférents. Ce sont là les vrais ennemis de toute morale religieuse ou laïque.

Analysant l'antagonisme qui semble exister entre la science et la religion, de Candolle [1] note bien l'opposition irréductible qui existe entre le principe d'autorité et le libre examen scientifique, mais il ajoute : « Ni les hommes de science, ni les hommes religieux ne sacrifient leurs opinions à des intérêts matériels, à la politique ou au plaisir. Quand cela leur arrive, ils sortent de leur catégorie et perdent l'estime du public. Les uns et les autres s'occupent des choses intellectuelles, et doivent, pour réussir, accepter une vie réglée, laborieuse, même sévère quand ils sont d'une famille pauvre. Ils ont enfin en commun le précieux sentiment de travailler d'une manière désintéressée au bien de l'humanité. »

Malgré la diversité des points de vue il y a une communion d'âme entre les intellectuels rationalistes et les gens vraiment religieux. Ils défendent le drapeau de l'idéal contre la poussée inconsciente des foules plus indifférentes qu'hostiles. Les croyants et les libres penseurs sincères peuvent pratiquer une même religion, celle qui consiste simplement à vouloir être aujourd'hui meilleur qu'on ne l'a été hier.

1. *Histoire des sciences et des savants depuis deux siècles*, par Alphonse de Candolle, 2e éd., Genève et Bâle, H. Georg, 1885

L'idée claire du déterminisme biologique impose à celui qui l'a comprise une manière spéciale d'envisager la vie, de juger sa propre conduite et celle de ses semblables. Loin d'affaiblir la moralité, elle est la plus solide base de l'orthopédie morale que nous devons appliquer à nous-mêmes et aux autres.

Insistons sur ces vues qui ne paraissent paradoxales qu'à ceux qui ne réfléchissent pas.

L'homme n'a jamais eu et n'aura jamais qu'un but : la conquête du bonheur. La plupart des hommes le cherchent dans la satisfaction de leurs désirs, dans la jouissance. Ils s'insurgent contre les obstacles qui continuellement s'opposent à l'accomplissement de leurs vœux ; leur félicité dépend avant tout des circonstances extérieures, aussi n'est-elle que relative et éphémère. D'autres, peu nombreux, ne travaillent qu'en prévision d'une vie future. Beaucoup enfin, estimant qu'un « tiens » vaut mieux que deux « tu l'auras », se gardent bien d'oublier le bonheur d'ici-bas tout en espérant mieux encore dans un autre monde.

Or quiconque veut réfléchir, scruter sa propre vie, arrivera bientôt à reconnaître que notre bonheur dépend moins des circonstances dans lesquelles nous vivons que de notre état d'âme intime, c'est-à-dire de notre moralité. Sans doute nous sommes exposés à des malheurs dont nous ne sommes pas responsables, nous pouvons être victimes de catastrophes naturelles, succomber à des maladies inévitables, perdre des êtres aimés, mais l'intensité de ces souffrances dépend avant tout de l'esprit dans lequel nous les acceptons. Les plus grands malheurs viennent de nous-mêmes, de nos innombrables défauts, de notre mentalité anormale. Nous sommes le plus souvent les propres artisans de nos souffrances et quand nous

ne sommes pas nous-mêmes en faute, nous subissons le joug de l'hérédité, nous payons pour nos devanciers ; nous souffrons aussi de l'immoralité des autres. La terre serait bien près d'être un Eden si nous étions tous bons, justes, si la loi morale était strictement observée.

C'est donc au développement moral que doit tendre l'humanité assoiffée de bonheur. Tous ceux qui veulent travailler à la réalisation de ce but ont par conséquent une tâche éducative à remplir.

Elle commence avec la vie cette éducation et elle incombe tout d'abord aux parents. Pour la bien diriger ils doivent savoir que les défauts qu'ils surprennent chez leurs enfants dépendent de leur mentalité native et que cette dernière n'a qu'une origine possible, l'hérédité, l'atavisme ; ajoutons-y l'influence des facteurs qui ont pu agir sur l'enfant pendant la vie fœtale. Il n'y a rien d'inné en nous qui ne soit le legs des générations antérieures. Aussi, quand vous découvrez chez vos enfants des tares intellectuelles ou morales, n'en cherchez pas les causes bien loin. Examinez votre propre mentalité, celle du père, de la mère, celle des grands-parents, et toujours vous retrouverez le germe des tendances fatales ; le fruit ne tombe pas loin de l'arbre, dit un proverbe allemand. C'est une vérité de La Palice que je dis là, ce me semble, et pourtant que de gens qui n'ont jamais fait cette réflexion ! La plupart des parents s'irritent en constatant les défauts de leur progéniture et se demandent d'où ils viennent. On croirait vraiment qu'un coucou effronté a déposé son œuf dans leur nid.

Eh bien, non : votre héritier n'a, en venant au monde, que ce que vous lui ave donné ; ne lui reprochez donc pas son indigence. Il vous faut l'accepter comme il est, avec son petit capital de moralité native, comme vous lui

pardonnez sa débilité physique ou intellectuelle. Vous pouvez parfois gémir sur l'implacable dureté des lois naturelles de l'hérédité, mais ne rejetez pas le poids de la responsabilité sur le pauvre être que vous avez mis au monde.

Il est inutile de s'insurger contre une situation faite, de récriminer. Un devoir impérieux s'impose, c'est de corriger par l'éducation les tendances vicieuses, d'éveiller les sentiments moraux, d'exercer la raison afin qu'elle apprenne à discerner au premier coup d'œil les motifs qui *déterminent* la conduite. L'autorité, la punition même, peuvent intervenir à certains moments pour modifier la mentalité, mais chacun reconnaîtra que l'influence persuasive est infiniment préférable, qu'elle seule peut créer une moralité durable, vivace, capable de survivre à l'éducation toujours passagère que peuvent donner les parents.

Il en est de l'homme comme d'une plante ; le rejeton a dès le début ses défauts : dirigez sa croissance, mettez-le en espalier et peut-être en ferez-vous un arbre qui portera de bons fruits.

Il serait doux de se faire illusion et de croire à la constante efficacité de cette culture. Hélas, il y a bien des jardiniers malhabiles, bien des boutures dont la déformation native est trop avancée.

La conception déterministe facilite tout particulièrement les rapports avec nos semblables. Quand nous sommes bien persuadés que les gens ne sont que ce qu'ils peuvent être en vertu de la mentalité qu'ils doivent à leur nature et à l'éducation qu'ils ont subie, nous leur pardonnons leurs erreurs, leurs fautes. La pitié s'empare de nous et c'est avec amour que nous cherchons à les ramener sur la voie du bien. Mais l'œuvre est encore plus difficile que dans l'éducation de l'enfant. L'arbrisseau a grandi, ses

branches ne sont plus flexibles et la tâche du jardinier devient souvent impossible. Nous ne sommes pas toujours dans la position favorable pour pratiquer cette orthopédie morale sur nos semblables ; le vicieux se soustrait à notre influence et force nous est parfois de jeter le manche après la cognée.

Quand on exprime à certaines personnes l'idée qu'un individu ne peut être au point de vue mental que ce que l'éducation a fait de lui, on entend souvent dire : mais voici deux jeunes gens qui ont été élevés par les mêmes parents ; l'un est un charmant garçon, l'autre un mauvais sujet !

Je suis surpris qu'on apporte à l'étude de ces questions une pareille superficialité de jugement.

Il n'est pas sûr, tout d'abord, que ces deux jeunes gens de conduite si différente soient si éloignés l'un de l'autre au point de vue de la mentalité intime. Attendez quelques années, et vous constaterez qu'ils sont plus frères que vous ne croyez.

Malgré les apparences leur éducation peut avoir été très différente.

Nous ne subissons pas seulement l'éducation officielle, celle de nos parents, celle de l'école, celle du prêtre. Sans même nous en apercevoir nous succombons à la contagion de l'exemple ; à tout instant un événement fortuit, un spectacle que nous n'aurions pas dû voir, un mot échappé à ceux qui nous entourent, nous ouvrent des horizons tout nouveaux. Les semences du mal pullulent dans l'air et il suffit d'un moment de réceptivité contingent, passager, pour que la graine se développe. Hélas, bien souvent rien n'arrête plus la plante empoisonnée, elle arrive à sa luxuriante frondaison.

Jetons un regard sur nous-mêmes et, comme l'a dit un

penseur, nous nous retournerons pleins d'horreur. Avons-nous donc le droit de mépriser les autres? Non, nous n'avons qu'un devoir : pardonner et tendre la main à celui qui est tombé.

L'idée simpliste d'une liberté humaine absolue ou relative amène à établir une différence essentielle entre le défaut de caractère et la maladie de l'esprit. Cette distinction, je ne saurais trop le dire, est artificielle et insoutenable.

A quel degré l'indécision, l'irritabilité, l'impressionnabilité, l'émotivité deviennent-elles maladives? La tristesse, le pessimisme sont-ils des défauts ou des maladies?

Déjà dans les maladies du corps il est souvent difficile de fixer la limite entre l'état normal et la maladie. A quelle hauteur, lors d'une ascension, est-il permis d'avoir des battements de cœur, de la dyspnée? Etes-vous malade parce que vous n'avez pas bien supporté un repas pantagruélique que votre voisin a digéré sans peine?

Dans le domaine mental il est encore plus illusoire de vouloir faire cette distinction. Elle ne semble exister que si l'on ne considère que les extrêmes.

Il nous paraît normal d'être triste quand nous perdons un être aimé ; d'être découragé en présence d'un insuccès, mais nous envisageons comme malade celui qui se suicide pour échapper à des contrariétés que nous subissons tous. Nous avons tous nos indécisions, souvent exagérées aux yeux des autres, mais nous adressons au médecin le malade qui passe des heures dans une angoissante perplexité sans pouvoir décider s'il changera de chemise aujourd'hui ou demain.

Pour asseoir la distinction on dit parfois : le défaut est corrigible par la volonté, par l'influence éducative ; la maladie supprime la liberté et elle échappe à ces moyens.

C'est faux. Nos défauts sont souvent rebelles, même incurables. Voyons-nous souvent une personne qui n'a pas d'ordre acquérir cette très estimable vertu ? Apprenons-nous à avoir du tact ? Perdons-nous souvent cette susceptibilité, cette irritabilité qui rend la vie pénible à nos proches ? Ne connaissez-vous pas des gens qui sont toujours en retard ? Ils en ont été souvent punis et se sont juré qu'ils ne recommenceraient pas. Eh bien, ils recommencent toujours et toujours, parce que c'est dans leur mentalité.

Au contraire, vous voyez disparaître sous l'influence de quelques conseils des tares mentales anciennes que tout le monde taxera de maladives. Je veux parler de certaines phobies, d'obsessions diverses étrangères à la mentalité de la plupart des gens. La maladie de l'esprit, dans le sens que lui donne le public, cède parfois plus rapidement et plus complètement que ce qu'on appelle le défaut.

On s'imagine souvent que la maladie de l'esprit se trahit par un ensemble de symptômes physiques ou mentaux qui dénotent clairement l'état pathologique. Il n'en est rien. Il existe une foule d'états psychopathiques où l'intégrité de la santé physique est complète, bien plus, où l'esprit paraît sain ; la tare mentale reste unique, isolée. Le malade n'a que faire d'un traitement médical proprement dit ; il n'a besoin ni de douches, ni de médicaments. Il reviendra à la santé mentale par la psychothérapie pure, par l'exposé de motifs raisonnables qui changeront sa mentalité anormale. Qu'on l'appelle défaut de caractère ou maladie mentale, la déviation existe. Il y a chez le sujet des états d'âme qui, non seulement paraissent anormaux en face d'un idéal de beauté morale, mais troublent la vie de l'individu et l'empêchent de jouer

dans la société humaine le rôle qui lui est dévolu.

Enfin, dernier argument, on attribue la maladie mentale à des causes physiques, à des intoxications, à un processus tout matériel, tandis qu'on reconnaît au défaut des causes purement morales. C'est encore faux.

Je l'ai dit, en vertu du parallélisme psychophysique, la mentalité anormale suppose un état anormal du cerveau. Celui-ci peut résulter de causes physiques et morales, capables d'agir concurremment dans le défaut comme dans la maladie de l'esprit.

La tâche du médecin, comme celle de l'éducateur, c'est de constater la *mentalité anormale*, d'en rechercher les causes morales ou physiques, appliquant à toutes deux l'idée de déterminisme nécessaire et inéluctable, enfin de pratiquer, à l'aide des influences physiques et morales, l'orthopédie mentale. C'est à quoi se sont appliqués les éducateurs de tous les temps. Malheureusement les médecins n'ont pas assez vu qu'ils sont souvent appelés à agir sur le moral de leurs malades, à corriger leurs défauts, à leur donner une mentalité plus rationnelle. Quant aux éducateurs, ils n'ont pas assez de connaissances biologiques, pas de vues claires sur la passivité mentale de l'homme qui se croit libre. Tantôt c'est un défaut qu'ils croient surprendre, et ils s'imaginent qu'il ne s'agit que de redoubler de sévérité pour s'en rendre maître ; tantôt ils doutent et se demandent s'il n'y a pas un état maladif. Souvent bien tard on reconnaît que l'on a fait fausse route, et il n'est pas toujours possible de changer de tactique.

Les personnes imbues des idées absolues de liberté, de responsabilité, ont la main lourde en orthopédie morale. Elles sont souvent froides et sévères et quand, s'ingéniant à acquérir péniblement une bienveillance factice, elles

donnent un conseil, le coupable sent sous celui-ci toutes les aspérités du reproche.

Pour modifier l'état d'âme de celui qui est tombé, il ne suffit pas de lui accorder des circonstances atténuantes, de lui montrer une pitié voulue, il faut l'aimer comme un frère, le prendre sous le bras dans le sentiment profond de notre débilité commune.

SIXIÈME LEÇON

Difficultés de l'orthopédie morale. — Criminalité. — Les partisans de la responsabilité absolue et les déterministes restent adversaires irréconciliables en théorie. — Compromis possible en pratique. Nécessité de cette entente. — Rôle de la justice humaine. — But éducatif de la répression. — Réformes urgentes des lois pénales.

Déjà dans l'éducation des enfants, dans notre commerce journalier avec nos semblables, dans les efforts que nous tentons pour corriger des habitudes vicieuses ou guérir des malades, l'absence d'idées déterministes claires produit des résultats souvent tragiques.

Ils sont légion ces enfants tarés intellectuellement et moralement chez lesquels l'éducation, loin de corriger la déviation primitive, n'a fait qu'accentuer le défaut et a amené la rupture des liens familiaux. Dans les familles et dans la société rien n'est plus rare que l'accord ; partout les engrenages grincent et quand on en cherche la cause on ne trouve dans les rouages qu'un sable fin qu'un souffle d'indulgence pourrait chasser bien vite.

Mais les parents n'ont pas cette vue claire des choses, leur indulgence est faiblesse, leur fermeté devient sévérité. La tâche des parents est doublement difficile dans l'éducation, car non seulement ils lèguent à leurs enfants certaines tares mentales, mais ils cultivent souvent leurs

défauts en aonnant l'exemple des mêmes faiblesses. Cette insuffisance des aptitudes éducatives devient dangereuse quand il s'agit de sujets rebelles, et force est alors de renoncer à l'éducation familiale.

Dans les établissements destinés à l'éducation des enfants difficiles l'influence morale paraît plus efficace. Elle est exercée par des étrangers d'une mentalité différente, plus impartiaux. Mais au retour dans la famille le vernis qui semblait tenace se détache rapidement ; les tendances natives reparaissent et tout est à recommencer. Il en est parfois de même dans l'orthopédie morale qui constitue l'élément important d'une cure de nervosisme. A la clinique tout va bien, au contact d'étrangers bienveillants la mentalité s'améliore ; le sujet devient docile, patient ; il subit la contagion morale du milieu. Souvent cette influence persiste, amène un changement définitif dans l'orientation mentale, mais dans d'autres cas aussi, l'effort reste vain et les parents désolés retrouvent leur fils ou leur fille égoïstes, irritables, intraitables.

Et pourtant il s'agit ici de nos enfants ; nous retrouvons chez eux la mentalité héréditaire, nous avons conscience des fautes que nous avons commises dans leur éducation, nous avons surpris la faiblesse de la mère, l'indifférence égoïste du père. Nous savons que, si le rejeton était déformé dès sa naissance, nous n'avons pas su le redresser avec art. Nous avons enfin pour les nôtres, pour ceux que nous aimons, une indulgence instinctive.

Qu'advient-il de cette bienveillance quand il n'y a plus le lien du sang, quand rien ne nous relie que cette fraternité humaine, vague et faible, quand il s'agit de ces délinquants et criminels dont les actes soulèvent notre indignation ?

Alors nous ne voyons plus les causes multiples, phy-

siques et morales qui ont amené la déformation. Oubliant notre propre débilité, nous nous érigeons en juges et nous punissons selon l'absurde loi du talion.

Dans les procès criminels, dans l'enceinte auguste de la cour d'assises, nous assistons à de lamentables discussions sur la responsabilité. On entend l'accusateur public résoudre des questions épineuses de métaphysique et déclarer que le libre arbitre existe, comme s'il s'agissait d'une prescription légale. Les experts médicaux affirment l'irresponsabilité totale ou partielle du délinquant. Mais les épiciers ou les marchands de vin du jury savent mieux les choses ; ils ne se laissent pas égarer par les réflexions philosophiques de l'anthropologiste et, sans hésiter, ils envoient l'aliéné à la maison de force et souvent à l'échafaud.

Dans ces questions de criminalité la situation n'est au fond pas plus tragique que dans celle de l'éducation. Le problème est plus aigu, plus dramatique, mais il se pose plus rarement. En présence d'un criminel incorrigible, il est souvent indifférent qu'il passe le reste de ses jours à l'asile ou à la prison. Mais l'injustice humaine devient désastreuse quand il s'agit des nombreux délinquants dont la mentalité pourrait être modifiée, de tous les dévoyés qui, sans entrer en conflit avec les lois pénales, troublent l'harmonie du corps social. Et partout, à la base de ces jugements faux, nous retrouvons la fâcheuse conception de la responsabilité absolue, partout nous nous mettons en présence de l'insurmontable difficulté de déterminer où commence et où finit la liberté, où finit la santé et commence la maladie mentale.

Et il ne s'agit plus ici de problèmes philosophiques purs, de rêveries sur les causes premières où chacun peut laisser errer la folle du logis. Ce sont des questions brû-

lantes qui se posent et de leur solution immédiate dépend le sort d'un de nos semblables.

Je ne me berce nullement de l'illusion qu'il soit possible d'arriver à un accord parfait sur ces questions. Sans doute les idées justes sont impérissables et, si leur marche est lente, elles ne peuvent jamais être arrêtées ; mais ce progrès est trop lent pour qu'on attende la solution du problème. Il y aura toujours des spiritualistes qui croiront à la liberté d'indifférence, à la volonté souveraine, à la responsabilité absolue ; ils garderont longtemps encore cette mentalité d'Ancien Testament. D'autres consentiront à laisser quelque liberté à leur pensée et subiront dans une certaine mesure la contagion des idées déterministes. Ils mettront de l'eau dans leur vin et, quand la passion ou la crainte de voir sombrer les idées de morale ne viendront pas troubler leur jugement, ils reconnaîtront l'influence de l'hérédité, du milieu, et montreront cette indulgence inégale, contingente, souvent plus injuste que la rigueur d'un orthodoxe. Enfin, il y a eu et il y aura toujours une foule croissante de penseurs qui ne peuvent résister au besoin de connaître, qui n'ont qu'un but, la recherche de la vérité, et tendent, pour la poursuivre, toutes les forces de leur être, leur sensibilité affective et leur raison.

Ces partis existeront toujours, ils ont existé de tout temps. Ils ne désarmeront jamais.

Les légistes qui préparent nos codes pénaux doivent-ils attendre que la paix soit faite, que le monde soit converti au déterminisme ou ramené sous la houlette de l'Église ?

Non, ce n'est pas possible. Nous avons besoin de lois, d'institutions politiques et sociales, et elles s'établissent toujours sur la base des compromis, des concessions réci-

proques. Adversaires sur le terrain de la théorie nous pouvons nous serrer la main dans la pratique.

Il me semble que pour arriver à ce but il faut avant tout écarter la pomme de discorde, le mot de *responsabilité* dans le sens absolu qu'on lui donne.

La responsabilité sociale se confond avec la notion de culpabilité. La première tâche de la justice humaine, c'est de constater le délit, l'infraction aux lois existantes.

Sans souci de la responsabilité morale, qui est affaire de la conscience individuelle, sans souci de la responsabilité transcendante, qui est question de métaphysique, la justice n'a qu'un droit qui est en même temps un devoir : elle doit tout faire pour s'opposer aux actes délictueux, pour en arrêter l'exécution s'il en est encore temps ; elle doit empêcher leur renouvellement et travailler à réparer le dommage causé.

Cette répression, qui doit être prompte pour être efficace, autorise des mesures de rigueur, l'arrestation, l'emprisonnement, la punition. Mais cette justice n'est plus la déesse aux yeux bandés qui pèse le délit de crime, et met dans l'autre plateau le poids qui doit rétablir l'équilibre.

Le meilleur moyen d'empêcher le renouvellement de l'acte mauvais c'est l'amélioration du coupable et, de même que dans la famille le père exerce dans cette intention son influence éducative, la société doit également s'efforcer de faire agir sur l'âme du délinquant les influences favorables qui peuvent redresser sa mentalité.

La punition, même sévère, peut être employée dans ce but ; elle peut contribuer à ramener le coupable dans la voie du bien, servir d'utile avertissement à ceux qui seraient tentés de l'imiter. Mais nous sentons tous que la répression brutale qui ne tient compte que du fait et

ferme volontairement les yeux sur les circonstances dans lesquelles il s'est produit, révolte notre conscience morale.

Nous acceptons la punition avec d'autant moins de peine qu'elle est plus juste et que nous reconnaissons, chez celui qui nous l'applique, l'intention de nous ramener sur la voie du bien. Nous la subissons au contraire dans un mauvais esprit, avec la révolte dans l'âme, quand elle est dictée par l'esprit de vengeance.

Sans doute les lois pénales doivent avoir une certaine précision, cataloguer les délits et déterminer les pénalités qu'ils comportent. Mais quand il s'agit de l'application il faut saisir les nuances, apprécier les motifs, analyser les états d'âme et faire varier la peine dans des limites fixées, je veux bien, mais toujours plus larges à mesure que nous connaissons mieux les causes physiques ou morales de la criminalité.

Que l'on soit déterministe à tous crins ou qu'on réserve à la liberté humaine une part plus ou moins grande, il faut cependant reconnaître certaines vérités.

Il est évident tout d'abord que beaucoup de criminels subissent le joug de l'hérédité et sont prédisposés au crime. Le mot de criminel-né de Lombroso exprime trop crûment cet esclavage. Il n'y a pas de criminels-nés, mais des individus dont la mentalité est anormale et qui, si des circonstances adjuvantes se présentent, évolueront vers la criminalité. Si nous pouvions les mettre constamment à l'abri des tentations qui déterminent leurs réactions, ils resteraient des dégénérés inoffensifs. Sans doute ce n'est pas toujours possible, mais la société a-t-elle vraiment rempli tous ses devoirs dans ce domaine ? Surveille-t-elle avec assez d'amour la pépinière humaine ? Travaille-t-elle avec zèle à guérir les rejetons malades, à préserver les autres de la contagion ? Évidemment non.

Il n'y a pas longtemps que ce vent de vraie justice souffle et la société doit reconnaître de plus en plus que s'il y a des individus vicieux, c'est qu'elle laisse dans le dénuement matériel, intellectuel et moral des milliers d'individus. Elle est encore une marâtre négligente qui peut s'en prendre à elle-même si ses enfants s'égarent. Elle devrait reconnaître sa faute et si, pour ramener le coupable, pour prévenir de nouvelles infractions, elle est obligée de sévir, elle doit le faire avec amour, dans un but uniquement éducatif.

On a conscience de ces vérités dans tous les milieux. De là sont nés les établissements pour l'amélioration des jeunes délinquants, pour l'éducation des enfants difficiles, les associations pour le patronage des criminels libérés. C'est la conception de la peine comme moyen éducatif qui a fait surgir l'idée féconde de la libération conditionnelle. La peine est prononcée adéquate au délit perpétré, mais en raison des circonstances dans lesquelles il a été commis, de l'état d'âme actuel du délinquant, la société fait la remise de la peine, à condition qu'une infraction nouvelle n'entraîne pas la révocation du sursis.

On va déjà plus loin encore et c'est la loi du pardon qu'on cherche à introduire dans nos codes. De même qu'un père peut réprimander son fils, lui montrer la peine qu'il a encourue et renoncer définitivement à la lui appliquer, dans le sentiment que cette admonestation suffira, la société a le droit de pardonner. Il est évident que cette loi est d'une application difficile. L'équité semble interdire à un père d'accorder le pardon bienfaisant à un fils quand le jour même il a puni un de ses frères pour le même délit. Mais les difficultés d'application ne doivent pas faire rejeter d'emblée un principe juste.

Toujours plus clairement la société doit reconnaître que l'unique but de la justice est d'empêcher le mal, qu'il faut pratiquer une orthopédie morale consciencieuse et habile.

Les tribunaux n'ont pas à résoudre la question du libre arbitre, celle de la responsabilité vraie. Pourtant, de nos jours encore, c'est cette question qu'on nous pose, à nous médecins, dans les procès criminels. Et le médecin y répond en admettant l'irresponsabilité, une responsabilité relative, une demi-responsabilité ! Nous assistons dans les procès célèbres à ces discussions byzantines.

Si j'étais appelé comme expert devant le tribunal je refuserais de répondre à cette question mal posée ou plutôt je répondrais : Vous me demandez si l'individu est responsable ; vous me faites-là une question de philosophie transcendante que je ne puis résoudre dans une expertise médico-légale ; la discussion ne convaincrait personne. Si vous parlez de responsabilité sociale, je n'ai pas à la discuter ; vous l'avez fixée en constatant l'infraction aux lois, l'existence même du délit. Quant à la responsabilité morale, elle ne regarde que le délinquant. Nous n'avons pas à intervenir dans ce domaine intime de la conscience.

Vous avez besoin de mes lumières pour analyser la mentalité qui a déterminé le crime, pour surprendre les mobiles qui ont fait agir le coupable. C'est bien, j'essaierai de vous dire si le malade présente les symptômes d'une maladie qui a pu influer sur ses déterminations. Je pourrai peut-être vous dire s'il est épileptique et si l'acte a été commis dans un de ces états mentaux équivalents d'une crise convulsive ; je pourrai vous dire qu'il est alcoolique, en proie au délire, ou paralytique général ; je pourrai vous énumérer les stigmates mentaux ou corporels de la

dégénérescence. Tous les renseignements que pourra vous fournir mon expérience médicale doivent servir, non pas à élucider la question oiseuse de la responsabilité, mais à fixer l'opportunité des moyens de répression.

L'accusé est un épileptique avéré, il a agi inconsciemment, dans l'obnubilation complète de sa personnalité : internez-le dans un asile convenable où on le soignera en même temps qu'on l'empêchera de nuire. C'est un alcoolique : remettez-le à un psychiatre spécial, placez-le dans un asile de buveurs ou d'aliénés. Vous avez à faire à un criminel dangereux et incorrigible, à une bête fauve : gardez-le à la maison de force. Si c'est un criminel d'occasion, recherchez avec soin les mobiles qui l'ont fait agir, tenez compte des influences qu'il a subies, non pas, je le répète, pour fixer sa responsabilité, mot vide de sens, mais pour mettre la main sur les moyens les plus propres à changer la mentalité du sujet, à supprimer la source même du crime. Dans un cas vous verrez que le coupable acceptera, sans aggravation de sa déchéance morale, la peine qui, dans la loi et dans son esprit, correspond à la culpabilité. Libéré, il se souviendra de la peine subie et, peut-être, bénira plus tard la main qui l'a châtié. Pour tel autre vous redouterez l'effet démoralisant de la prison, de la promiscuité avec des criminels d'une mentalité plus vicieuse encore et vous atténuerez la peine. Enfin, dans certains cas toujours plus nombreux, vous accorderez au délinquant le bénéfice de la libération conditionnelle ou du pardon.

Sont-ce là des vues bien subversives ? Je ne le crois pas et il me semble que les chrétiens devraient avant tout se souvenir des paroles de leur guide, en présence

de la femme adultère : Que celui qui se sent sans défauts lui jette la première pierre !

Il est de mode aujourd'hui de décorer les édifices publics de fresques allégoriques. Ne pourrait-on pas fixer cette touchante scène dans nos somptueux palais de justice ? Mais peut-être cette vue suggérerait-elle à bien des assistants des réflexions troublantes. N'appuyons pas !

Les juristes se montrent en général rebelles à ces vues. Ils ont une instinctive horreur pour l'anthropologie criminelle, et, comme nous tous, ils sont les esclaves de l'éternelle routine, de la paresse d'esprit. Aussi l'aspect de nos tribunaux n'a-t-il guère changé.

Le procureur général, exagérant son rôle d'accusateur public, s'efforce de noircir l'accusé, de faire ressortir l'horreur du crime, la préméditation raffinée ; il insiste sur la nécessité de faire un exemple, il supplie le jury de ne pas se laisser fléchir par des considérations de pitié.

A son tour le défenseur se démène comme un forcené et cherche à blanchir son client. Il nie les faits, parce que la preuve absolue n'a pas été apportée par l'adversaire ; il profite habilement des défauts de procédure, imagine des expédients, soulève des incidents d'audience et enfin d'une voix émue fait appel à la clémence et provoque les larmes de l'auditoire. Soumis à ces suggestions contraires, les juges ou le jury oscillent. Si l'orateur n'est pas éloquent, ils gardent leur opinion ; leur siège était fait. Mais la parole est une puissance et souvent la victoire reste à celui qui a su réveiller la sensibilité, exaspérer l'indignation ou fondre les cœurs au souffle de la pitié. La suggestion oratoire n'appuie pas toujours la persuasion rationnelle, elle lui est souvent opposée.

Il n'est nullement question de supprimer les tribunaux

ou de leur donner une organsiation tout autre. Mais, pénétrés de la nécessité de combattre le crime par des moyens réellement efficaces, avant tout d'en prévenir le retour par l'amélioration du coupable, juges et avocats doivent chercher à établir sur des faits la culpabilité, étudier la mentalité du délinquant et choisir les meilleurs moyens d'arriver au but.

On doit établir une certaine gradation des peines, mais qui ne soit pas fixée uniquement d'après la gravité du délit. Il faut tenir compte des mobiles, de l'état d'âme du sujet au moment de la perpétration. Il doit y avoir dans l'application, non pas de la laxité abusant des circonstances atténuantes, mais un choix éclairé de la peine la plus utile tant au point de vue idéal du relèvement du coupable qu'à celui, tout pratique, qui consiste à couper court aux actes mauvais.

Le tribunal devrait être un aréopage d'hommes de toutes les classes sociales, choisis par le peuple. Il serait bon et naturel de donner la préférence aux juristes, aux médecins, aux éducateurs religieux ou laïques, mais de ne pas oublier les hommes de bon sens qu'on trouve dans tous les milieux sociaux, des hommes d'expérience signalés à l'attention de leurs concitoyens par l'intégrité, la rectitude de leur vie publique et privée.

Assurés que l'accusé ne sera plus la victime d'une répression brutale, qu'il ne bénéficiera pas non plus d'une injuste indulgence, l'avocat et l'accusateur public n'auront plus de raisons pour se déclarer d'emblée adversaires et s'arracher le délinquant. Ils ne représenteront plus l'attaque et la défense, dans leur révoltante brutalité, mais ils concourront ensemble à élucider le difficile problème. Mieux au courant du détail de la cause, ils exposeront la situation aux juges et agiront sur leurs

délibérations moins par leurs déclamations que par la persuasion qui n'exclut pas l'éloquence.

Il n'y a pas place dans ces discussions pour le mot de responsabilité dans le sens absolu qu'on lui a donné.

J'ai vu bien des hommes de loi reconnaître que le tribunal devrait constituer, pour ainsi dire, un conseil de famille jugeant un frère avec une douce fermeté, mais ils reculent devant les difficultés de l'application. Je ne me les dissimule nullement, mais elles ne sont pas plus grandes que dans l'application des lois actuelles; l'absence des nuances dans nos codes détermine une injustice distributive sommaire dont nous sentons souvent l'amère injustice : *Summum jus, summa injuria.*

L'opposition qui résulte du sentiment des difficultés de la tâche n'est pas grave, le temps en aura raison. Ce qui est plus inquiétant c'est l'état d'âmes de certains juristes. J'ai lu quelque part qu'un professeur de droit pénal avait dit, dans une discussion sur les limites de la responsabilité criminelle : Le criminel, c'est celui dont l'acte soulève nos sentiments d'indignation ; le fou, c'est celui qui nous inspire la pitié ! Voilà vraiment un critérium précis : comptez les larmes de l'auditoire et vous aurez déterminé exactement la responsabilité de l'accusé !

On me pardonnera ces pages qui peuvent paraître à beaucoup une inutile digression. J'estime, au contraire, qu'elles touchent directement à mon sujet non seulement parce que le médecin est appelé comme expert en ces matières, mais parce que, comme j'ai cherché à le montrer, les mêmes principes doivent diriger notre conduite quand nous portons un jugement sur nos semblables, qu'il s'agisse de l'éducation ou de la répression pénale. Nous retrouverons la même donnée en thérapeutique. Partout où il y a déviation mentale il est nécessaire de

recourir à l'orthopédie morale. Elle peut être variée dans ses procédés, mais elle doit être une dans ses tendances.

Espérons qu'un jour les vérités enseignées par l'anthropologie et la psychologie triompheront des résistances que lui opposent la routine et les préjugés.

SEPTIÈME LEÇON

Conception moniste. — Passivité de l'organisme. — Absence de spontanéité vraie. — Mécanisme du réflexe. — La psychologie n'est qu'un chapitre de la biologie. — Intercalation des faits de conscience dans l'arc réflexe. — Les états d'âme ont toujours un substratum matériel. — Origine idéogène et somatogène des états d'âme. — Influence réciproque qu'exercent l'un sur l'autre le moral et le physique. — Possibilité d'agir sur les états d'âme par la voie physique et par l'influence morale; efficacité de cette dernière.

Si nécessaires que fussent, à mes yeux, ces généralités, je ne veux cependant pas m'y attarder et j'ai hâte de revenir à mes moutons, c'est-à-dire à la médecine. Mais c'est une médecine de l'esprit que j'ai en vue et nous allons nous retrouver constamment en face des termes d'*esprit* et de *corps*, de *moral* et de *physique*, toutes expressions marquant une certaine dualité de l'être humain. Il s'agit de s'entendre et d'examiner ce que deviennent les conceptions de pathologie mentale quand on les considère à la lumière du monisme.

Dans la conception moniste l'homme est un ; il n'est qu'un organisme fonctionnant, réagissant sous l'influence d'excitants multiples, intérieurs et extérieurs. Le corps est entièrement composé de cellules ; or, aucun de ces organismes microscopiques n'est capable d'activité spontanée. La cellule n'agit pas, elle réagit ; l'absence totale d'excitations serait sa mort physiologique.

Envisageons par exemple la cellule musculaire ou les agrégats de ces cellules que nous appelons les muscles. Les muscles striés de la vie de relation obéissent aux excitations venues du cerveau, à ce qu'on est convenu d'appeler l'influx volontaire. Ils peuvent répondre à des excitations mécaniques, chimiques, électriques. Les muscles lisses des organes de la vie végétative sont soustraits à l'influence de la volonté, mais leur contraction est également déclanchée par des irritations directes ou réflexes.

Et le cerveau lui-même, ce roi de nos organes qui commande impérieusement à toute l'armée des muscles, est passif aussi. La cellule cérébrale n'a pas plus de spontanéité que la fibre musculaire, mais elle est plus sensible, plus délicate ; elle est un ouvrier plus expert et capable de suffire à une tâche plus variée. Elle, aussi, ne fait que réagir sous l'influence des excitants, des impulsions sourdes de la sensibilité organique, ou des excitations que recueillent nos cinq sens, ces fines antennes qui nous mettent en relation avec le monde extérieur. Les vibrations mourantes, résultat d'excitations antérieures, se poursuivent, sous la forme du rêve, dans le sommeil qui semble être la mort cérébrale.

Il est impossible de surprendre, chez l'homme ou chez l'animal, la moindre trace de spontanéité. Au réveil d'un sommeil profond, sans rêves conscients, les innombrables excitants surgissent et déterminent le fonctionnement compliqué de notre organisme. Le jour agit sur notre rétine, le bruit sur nos oreilles. Immmédiatement les associations d'idées s'éveillent. C'est l'heure du lever et l'idée du devoir, de la nécessité, les motifs rationnels triomphent plus ou moins aisément de notre paresse, de notre répugnance à sortir de notre agréable repos.

Le branle donné, rien n'arrête plus cette activité cérébrale et jusqu'à la nuit où nous retomberons dans le sommeil réparateur, nous subirons le joug de ces excitations diverses, innombrables, variables d'un individu à un autre suivant la mentalité du sujet. Tel qui aime ses aises reste au lit au delà de l'heure que lui imposeraient ses devoirs; l'un cède à ce désir sans souci, l'autre ne peut réprimer les représentations morales qui surgissent et se fait des reproches. Parfois ils seront assez vifs pour le faire sauter du lit, d'autres fois ils ne suffiront pas à secouer sa veulerie. Dans l'activité du jour, l'un subordonnera toutes ses actions aux tendances égoïstes qu'il doit aux influences ancestrales, à son éducation ; l'autre obéira à ses sentiments moraux, ne songera qu'à remplir des devoirs et à vivre pour les autres. Tous sont les esclaves de leurs mobiles. L'idée du déterminisme ne devient répugnante que lorsque nous admettons que cette réaction ne peut avoir lieu que sous l'influence des mobiles mauvais de la sensibilité, dans le sens du mal. Aussitôt que vous reconnaissez qu'un sentiment du devoir, une aspiration idéale, peuvent déterminer la réaction, je ne vois plus ce qui vous empêche de renoncer à l'idée du libre arbitre.

Nous ne voyons devant nous que des êtres animés, des hommes, réagissant sous l'influence de leurs passions, de leurs idées philosophiques ou religieuses, de leur raison ou de leur foi. Ce qui est triste, ce n'est pas que cette passivité nécessaire, inéluctable, existe, c'est qu'en vertu de la mentalité de l'espèce, elle se manifeste trop souvent dans le sens du mal. Renforcez l'action des motifs nobles, et cette heureuse passivité amènera le perfectionnement moral ; elle nous rapprochera de l'idéal vers lequel nous tendons toujours sans jamais l'atteindre. Le mécanisme

physiologique par lequel se fait cette réaction est physique dans son essence et c'est pourquoi nos représentations mentales, et les déterminations qui en résultent, sont si souvent troublées par l'état maladif du corps.

Cette réaction se fait suivant le type du réflexe.

C'est déjà un réflexe que la réaction motrice d'une cellule sous l'influence d'un irritant. Avant le phénomène moteur centrifuge, il y a lieu d'admettre une excitation sensible centripète. Nous appelons réflexe simple, médullaire, le retrait brusque d'une extrémité qu'on chatouille ou qu'on pique. Il est si inconscient, si passif, qu'il se manifeste dans le sommeil, naturel ou provoqué, chez la grenouille privée de son cerveau, chez l'homme dont la moelle épinière est coupée.

Réflexe aussi, le geste par lequel nous répondons machinalement au salut d'une personne, réflexe presque inconscient quand nous saluons distraitement, réflexe plus compliqué quand, rapidement, nous voyons, par les yeux de l'esprit, les raisons qui motivent cet acte de politesse.

En tout et partout, qu'il s'agisse du fonctionnement de nos organes les plus humbles ou des opérations les plus élevées de notre esprit, c'est toujours le même mécanisme : excitation périphérique frappant l'extrémité de nos nerfs sensibles ou sensoriels, transmission successive à des centres hiérarchisés, réflexion plus ou moins irradiée sur des groupes cellulaires sensibles, moteurs ou pensants.

Un compliment chatouille notre amour-propre et influe sur nos déterminations. Une parole blessante excite notre colère, nous fait bondir. Le geste involontaire s'associe à nos réactions mentales. Le phénomène est si matériel qu'il est souvent accessible à l'analyse physique, le temps de réaction augmentant avec la longueur de l'arc réflexe.

C'est à la physiologie qu'incombe le soin de poursuivre l'étude de ces réactions de l'organisme, qu'il s'agisse des fonctions de nutrition et de reproduction communes à tous les êtres vivants, des modestes faits psychiques qu'on observe chez les animaux, ou du merveilleux mécanisme de l'être humain dans ses manifestations les plus hautes.

A proprement parler, la psychologie n'est donc qu'un chapitre de la physiologie, de la biologie, et l'on fait un pléonasme quand on parle aujourd'hui de psychologie physiologique.

L'étude de la psychologie est physiologique dans son essence. Aussi, sans être l'apanage des seuls physiologistes, exige-t-elle de ceux qui veulent s'y livrer un ensemble de connaissances anatomiques et physiologiques, en un mot une culture biologique.

Le littérateur qui sait observer et décrire, l'artiste, le philosophe, le prêtre, peuvent faire de judicieuses observations sur leur état d'âme personnel, dépeindre la vie psychique des individus ou des foules et contribuer pour leur part à la connaissance des faits psychiques ; s'ils ont du génie, ils dépasseront en perspicacité la plupart des savants ; mais souvent il manque à ces œuvres la mise au point physiologique.

Nombre de psychologues modernes ont senti la nécessité de s'appuyer sur les données scientifiques et l'on voit des écrivains interviewer des médecins, des aliénistes, pour donner à leurs descriptions la valeur documentaire d'une observation médicale.

Il est possible que ces essais ne soient pas toujours heureux, qu'ils aboutissent à des conceptions par trop simplistes. D'un autre côté, des médecins, forts de leur bagage scientifique, oublient que la culture d'une science, si étendue qu'elle puisse être, ne suffit pas à créer toutes

les aptitudes. Aussi ne puis-je suivre les aliénistes qui, comme Toulouse, songent à accaparer la critique d'art, sous prétexte que seul le médecin entend quelque chose à la psychologie ! Nous devons beaucoup aux écrivains, aux penseurs religieux ou rationalistes qui ont analysé l'âme humaine et si j'ose réclamer des écrivains psychologues futurs une connaissance plus précise de la biologie, c'est avec le sentiment très vif que nous n'avons nul droit de leur arracher la plume des mains.

Les physiologistes ont commis des fautes en se cantonnant dans les recherches de vivisection, de physique physiologique. Ils se sont trop acharnés sur la malheureuse grenouille, ce souffre-douleur de nos laboratoires. Ils ont laissé à d'autres le soin de scruter la vie psychique et ce sont eux qui ont, en grande partie, créé l'antinomie qui semble exister aujourd'hui entre la psychologie et la physiologie. Il faut aujourd'hui sortir de cette position fausse.

Les physiologistes ont étudié sur l'animal, le plus souvent endormi ou privé de son cerveau, la réaction des différents tissus sous l'influence d'excitants artificiels. Tantôt, excitant un filet nerveux mis à nu, ils ont noté les réactions éloignées qui succèdent à cette irritation ; tantôt, sectionnant des troncs nerveux, ils ont interrompu la continuité du neurone et surpris les désordres qui en résultent. Ils sont arrivés ainsi à déterminer les voies qui transmettent l'onde nerveuse.

Comme l'explorateur en pays nouveau, ils ont relevé les accidents de terrain, noté les voies de communication naturelles, dressé en quelque sorte la carte de la région. Elle est loin d'être complète et tous les jours elle subit des remaniements qui découragent souvent les chercheurs. Mais enfin nous sommes ici sur terre ferme et ce

que nous ignorons aujourd'hui, l'explorateur de demain nous l'apprendra.

Mais à côté de ce pays conquis où la marche est sinon facile, du moins assurée, il y a des étendues plus vastes encore où, dans le sol mouvant, semble s'effacer la trace de nos devanciers. C'est ce désert de sable qu'on a abandonné aux psychologues, aux philosophes ; ils y ont fait des voyages hardis mais souvent imaginaires, comme ces conteurs qui écrivent des romans d'aventures, sans jamais avoir mis le pied dans le pays où ils transportent leur héros.

Si ce terrain vague et peu sûr de la psychologie était nettement délimité, il serait facile au physiologiste de continuer ses modestes expériences en restant agnostique pour les choses de l'esprit. Il laisserait malicieusement le métaphysicien s'égarer, s'enfoncer dans les sables et, invité à prendre part à l'exploration, il se récuserait en disant : ce n'est pas là mon métier.

Mais la frontière entre la physiologie au sens restreint du mot et la psychologie n'est pas figurée par une ligne qu'on peut se refuser à franchir. Il n'y a pas délimitation précise, mais enchevêtrement réciproque. A tout instant, en faisant de la physiologie, on perd la voie et on ne la retrouve qu'en portant ses pas sur le terrain de la psychologie.

Aussitôt que l'expérience ou l'observation physiologique a pour objet l'animal supérieur et l'homme, il y a intercalation des faits de conscience dans l'arc réflexe. C'est encore pire quand le médecin se trouve en présence de l'organisme malade, des phénomènes si complexes, si étranges de la psychopathologie. La physiologie de nos laboratoires devient alors totalement insuffisante ; elle apparaît puérile dans son apparente clarté.

Bon gré mal gré le médecin doit être psychologue et, dans la pratique, il verra que sa connaissance du cœur humain lui est plus utile que sa compétence en matière de physiologie normale ou pathologique. Voilà pourquoi, tout en considérant les états d'âme comme cérébraux, en insistant sur le principe de la concomitance, je conserve les termes de moral et de physique, de psychique et de somatique, de psychologie et de physiologie.

Dans ces classifications scientifiques de nouvelles distinctions ont été créées. Des spiritualistes se sont vus contraints de reconnaître que certains chapitres de psychologie sont accessibles à l'expérimentation, au calcul, mais ils assignent d'étroites limites à cette psychologie physiologique. Ils admettent qu'il y a, au delà, une psychologie plus élevée, une étude de la vie de l'âme où il faut procéder par introspection, et ils semblent tentés d'arracher cette branche au biologiste pour la remettre au théologien.

Il me semble qu'il y a là une erreur. La biologie est l'étude de la vie dans toutes ses manifestations, et, comme telle, elle a le droit d'aborder les problèmes psychologiques, non seulement par la voie d'une précision souvent trompeuse de l'expérimentation, mais par celle de l'induction et de l'introspection.

La loi de la concomitance exige qu'il y ait toujours modification structurale de la cellule nerveuse quand il y a un phénomène mental ; il y a réaction chimique, production de chaleur et d'électricité, dépense de forces et fatigue, tous phénomènes physiques, qui, si on considère la réaction en elle-même, semblent interdire toute différenciation entre l'esprit et le corps.

Mais la distinction renaît et s'établit clairement, quand on analyse les excitations qui ont déterminé la réaction,

quand on examine d'où elles viennent et où elles tendent.

Être triste est un état d'âme ; c'est donc une manifestation psychique, mais nous lui reconnaissons un substratum physique puisque à tout fait de conscience doit correspondre un état cérébral. Dans son essence, le phénomène est psychophysique comme tout ce qui se passe dans notre mentalité. Mais l'expression en est psychique, elle se traduit par des paroles découragées, par des volitions anormales.

D'un autre côté, cette disposition d'esprit peut être provoquée par des représentations mentales, par des idées ; elle est alors d'origine idéogène. Elle peut, au contraire, être due à l'action d'un poison agissant sur les centres nerveux ; nous lui reconnaissons alors une cause somatique.

Quand on dit d'un individu qu'il délire, on caractérise du même coup son état mental et le trouble cérébral qu'il traduit. Nous apercevons à la fois les deux faces du phénomène. Mais, quelquefois, ce délire est le résultat d'une joie démesurée, il est né par la voie psychologique ; d'autres fois il est dû à l'intoxication alcoolique, à l'absorption du haschich, il est somatique au point de vue de son origine.

Aux yeux de la plupart des gens, la douleur est physique. La pensée remonte immédiatement à la cause qui est en effet le plus souvent matérielle, et les malades tiennent beaucoup à faire connaître non seulement la réalité indiscutée de leur sensation, mais la matérialité absolue du phénomène. Cette vue populaire est trop sommaire. Souffrir suppose deux choses : d'une part un état matériel de certains groupes de cellules nerveuses, phénomène physique ; d'autre part une sensation perçue, processus psychique dans son essence.

L'existence de la douleur ne nous renseigne en aucune façon sur sa cause. Rechercher cette cause est un problème ultérieur dont la solution n'appartient pas toujours au malade. Cette même douleur, réelle comme fait de conscience, réelle aussi comme état cérébral concomitant, peut reconnaître pour cause une lésion des tissus, une irritation atteignant le neurone dans sa continuité ; elle peut être due uniquement à des représentations mentales, à des idées fixes, à des autosuggestions nées par la voie psychologique. La douleur, en elle-même, n'en est pas moins réelle.

Nous assistons à un phénomène d'ordre physiologique dans le sens étroit du mot, quand l'irritation électrique du rameau cardiaque inférieur du sympathique produit l'accélération des battements du cœur. Nous retombons en pleine psychologie quand c'est une émotion qui détermine les palpitations.

Les larmes peuvent couler par simple irritation mécanique ou chimique de la conjonctive ; elles accompagnent nos tristesses et nos joies.

La crise nerveuse de l'orgasme vénérien irradie furieusement sur tous les organes et l'orage peut être déchaîné aussi bien par des représentations artificiellement évoquées que par le lent travail des organes génésiques.

L'appétit naît normalement du besoin que ressent l'organisme de renouveler sa provision d'énergie, mais il peut être excité par la vue d'un mets agréable, par un souvenir gustatif ; il peut être supprimé, au contraire, par une émotion morale, par le dégoût. Il importe peu que ce dégoût soit provoqué par une sensation olfactive ou par une représentation mentale pure, due à une suggestion verbale. Ce n'est pas sans raison qu'on craint à table la présence de carabins qui livrent à leurs voisins

les secrets de l'amphithéâtre et de l'hôpital. Le vomissement peut être le terme ultime de cette réaction idéogène dans son origine.

Il importe donc de reconnaître que les mêmes manifestations physiologiques, en pathologie les mêmes troubles, peuvent avoir des causes physiques ou morales ; il va de soi qu'elles peuvent s'associer.

Ces données doivent être présentes à l'esprit quand on étudie l'influence réciproque qu'exercent constamment l'un sur l'autre le physique et le moral.

Dans le langage usuel, ce mot de moral a un sens trop restreint. On entend par là presque uniquement la disposition d'esprit, l'humeur gaie ou triste. On cherche à remonter le moral d'un malade, d'un affligé. On oublie qu'un état maladif corporel ne modifie pas seulement notre état d'âme dans le sens pessimiste ou optimiste, mais qu'il peut altérer toutes nos fonctions cérébrales, troubler notre vie intellectuelle et morale.

Le désordre organique, par des voies connues ou mystérieuses encore, atteint notre cerveau ; il entame notre raison, déforme les images mentales, fausse, en tout ou partie, le mécanisme délicat de notre vie psychique.

Intoxiqué par l'alcool ou d'autres poisons, le plus saint homme commettra des extravagances. Sous l'influence de la ménopause ou d'altérations séniles du cerveau, l'épouse la plus pudibonde, la plus frigide, peut subir, effrayée, les obsessions libidineuses les plus étranges. Un vieillard d'une vertu éprouvée s'amourache sur le tard d'une vulgaire danseuse et abandonne sa famille. Un jeune homme perd tout sentiment d'affection pour ses parents, voit l'amour se changer en aversion alors même que, par la raison restée intacte, il reconnaît que rien n'est venu troubler les relations familiales.

Rien n'est triste comme cette dépendance, non seulement de l'être intellectuel mais de la personnalité morale, vis-à-vis des lésions que subit, momentanément ou définitivement, la cellule cérébrale.

Heureusement, cette modification structurale qui amène le trouble mental ne résulte pas toujours d'influences somatiques. Si, dans bien des cas, l'esclavage est complet, inéluctable, il en est d'autres où on trouve l'intervention bienfaisante de l'esprit, des idées, des convictions.

Le spiritualisme dualiste appelle cela la suprématie de l'âme qui échappe à l'étreinte du corps comme elle l'abandonnera, dans un vol triomphant, quand notre dépouille mortelle sera rendue à la terre. La conception est poétique, mais correspond-elle à la réalité ?

Pourquoi ce vieillard qui a eu une attaque d'apoplexie devient-il non seulement un peu grognon, mais égoïste, méchant ? Pourquoi lui, qui a été jusqu'alors bon époux et bon père, fait-il maintenant subir à toute sa famille un douloureux martyre ? Pourquoi résiste-t-il aux remontrances douces de l'ami le plus intime ?

Parce que sa mentalité a changé, parce que son cerveau est troublé dans sa partie pensante, dans celle où naissent ces perceptions vagues de plaisir et de peine que nous appelons nos sentiments. Ne morigénez pas ce pauvre vieux devenu vicieux par désorganisation cérébrale ; il n'en peut mais, et vous devrez subir, jusqu'à sa mort, les fatales conséquences de cet état maladif incurable. Ne soyez pas sévère non plus pour cet autre, pour ce jeune homme devenu vicieux par le fait de son éducation, des tendances héréditaires. Sans doute, son cerveau ne présentera pas à l'autopsie les mêmes épaississements des méninges, mais si vous pouviez sur-

prendre le désordre intime, intra-cellulaire, vous verriez que là aussi il y a lésion, légère, je l'accorde, mais réelle.

Mais tandis que chez notre vieillard vous perdriez votre peine à lui décrire la beauté des sentiments altruistes, vous pourrez réussir à ramener le jeune homme dans la voie du bien. L'idée morale fait l'œuvre d'antidote aussi bien quand la mentalité est faussée par la voie somatique que quand le désordre est né par la voie idéogène. Le pronostic dépend plus de la profondeur de la lésion que de l'origine physique ou psychique du mal.

Dans l'intoxication alcoolique aiguë l'état d'âme est profondément altéré, mais, si l'ivresse n'est pas complète, l'individu peut reprendre son sang-froid ; sous l'influence d'une émotion, de la honte, il est subitement dégrisé.

Un malade rendu maussade, impatient, par ses souffrances, voire même par une maladie mentale avérée, peut subitement se contenir quand il s'aperçoit qu'il a été trop loin et a blessé vivement des êtres qui lui étaient chers.

C'est l'âme qui reprend sa liberté, dira-t-on. Que ne l'a-t-elle gardée d'emblée puisqu'elle est toute-puissante ?

Non, si nous réussissons parfois à échapper à ces influences matérielles, à sortir de la disposition mauvaise, c'est qu'il y a quelque changement dans notre cerveau. Cette guérison peut être due au phénomène tout matériel de la désintoxication comme chez l'ivrogne qui a cuvé son vin et dont la personnalité morale reparaît ; elle peut être facilitée par le repos, par l'action d'agents thérapeutiques, mais elle peut aussi résulter d'une idée, d'une représentation mentale amenée par la voie des associations d'idées.

L'idée morale, née d'un souvenir ou éveillée par une bonne parole, détermine dans le cerveau pensant un tra-

vail intense, une activité matérielle, une succession de processus physico-chimiques. Les groupes cellulaires intoxiqués, altérés par l'état maladif, sont entraînés dans le mouvement réparateur ; leur chimisme se modifie et le corps cellulaire revient rapidement ou lentement à l'état normal.

Par sa parole bienveillante, par ses conseils d'homme de bon sens, le médecin peut souvent agir sur un malade dont la mentalité est troublée, aussi bien que sur une personne soi-disant saine et qui ne sait pas résister à ses impulsions. Dans les deux cas il change la mentalité du sujet et, en vertu du principe de concomitance, ce changement suppose des modifications du chimisme cérébral.

En présence du même état d'âme, tristesse, maussaderie, irritabilité, violence, le médecin peut varier ses moyens suivant les indications du moment ; il peut recourir aux moyens physiqués les plus divers ou se borner à l'influence psychothérapique ; souvent il les associe.

Nous voici en présence d'un malade en pleine intoxication urémique. Il est dans une continuelle agitation, sort de son lit malgré les objurgations de sa famille ; il refuse les aliments, les médicaments, et si les parents insistent, il va se livrer à des voies de fait. Le médecin arrive, enveloppe le malade de sa bienveillance calme ; il le remet au lit sans peine, lui fait boire une tasse de lait.

La famille est heureuse de ce changement subit, magique, mais elle en souffre aussi. Comment, le malade peut se contenir quand le médecin est là, il est doux comme un agneau ; et seul avec ceux qui l'aiment, il semble mettre un malin plaisir à leur faire de la peine ! Voilà la réflexion naturelle qui s'impose, et j'ai vu sou-

vent l'entourage du malade profondément blessé par cette contradiction.

Eh bien, non ; il n'y a aucun reproche à faire au pauvre malade. Son cerveau est sous l'influence de toxines résultant d'une épuration insuffisante du sang ; il fonctionne mal et la mentalité est troublée. Il ne voit pas clair mentalement ; il est vicieux par intoxication, non seulement désobéissant, volontaire, mais taquin. C'est en effet avec intention, souvent avec une cruelle joie, un sourire sardonique aux lèvres, qu'il saute de son lit aussitôt que le médecin a tourné le dos.

Pourquoi le médecin, immédiatement rappelé, réussit-il de nouveau ; pourquoi son influence inhibitrice devient-elle plus durable au point de supprimer tous les accidents ? Parce qu'il est étranger, qu'il jouit aux yeux du malade d'une autorité morale, qu'il sait agir par persuasion douce.

Les parents, au contraire, n'ont plus cette influence suggestive. Le malade connaît leurs qualités, mais aussi leurs défauts ; il interprète mal leurs conseils ; d'un autre côté l'entourage manque du calme nécessaire ; madame est énervée, trop émotive, et c'est brusquement, avec une sourde impatience qu'elle repousse le malade dans son lit. Aussi le malade se refuse-t-il à obéir. Il retrouve l'empire sur lui-même, quand c'est la main douce du médecin qui le ramène.

Le même effet, moins rapide mais souvent plus durable, pourra être obtenu par des moyens matériels, par le régime lacté, par l'absorption de boissons aqueuses détergeant l'organisme, par l'action diurétique de la digitale, de la diurétine.

Au lit du malade le médecin doit souvent en quelques minutes choisir entre ces différents moyens : procédés

physiques ou interventions médicamenteuses qui ne peuvent atteindre la mentalité que par l'intermédiaire du corps ; psychothérapie pure qui, pour agir par la voie psychique, n'est pas moins efficace.

Et, ne l'oublions jamais, dans les deux cas, il y a changement mental et changement cérébral.

C'est par l'influence du physique sur le moral que votre malade intoxiqué est rebelle, impatient, méchant. Vous pouvez le ramener à la raison en agissant uniquement sur le corps, mais vous pouvez utiliser l'action du moral sur le physique et aboutir au même résultat, au changement favorable de la mentalité pathologique.

La tristesse est souvent le résultat d'un état de fatigue. Alors le repos sera le remède physique ; il peut suffire, mais il est utile d'y joindre l'influence morale ; elle peut être souveraine même s'il est impossible de recourir au repos. Le même état d'âme peut résulter de souffrances morales. Alors vous êtes désarmés au point de vue physique mais vous avez, pour remplir votre rôle de médecin, les armes puissantes que vous donne votre sympathie pour le malade, votre constant altruisme, et, je ne crains pas de le dire, elles sont les plus efficaces.

HUITIÈME LEÇON

Esclavage de l'esprit vis-à-vis de certaines maladies; paralysie générale, méningites, épilepsies, intoxications. — Possibilité d'y échapper par l'éducation du moi moral. — Pinel; action curative du travail de réflexion logique. — Difficulté de la psychothérapie dans les vésanies; son efficacité dans les psychonévroses. — Nécessité d'idées claires sur la genèse de ces maladies. — Importance de la psychothérapie dans tous les domaines de la médecine.

Elle est banale cette idée que le moral agit sur le physique et les médecins semblent bien placés pour constater cette précieuse influence. Mais leur constante préoccupation de la bête humaine les aveugle souvent et leur fait mettre au premier plan l'influence inverse. J'ai vu des médecins ne pas croire à la puissance de l'éducation et s'arrêter à une sorte de déterminisme borné qui rendrait l'individu esclave uniquement des altérations natives de sa mentalité et des variations qu'elle peut subir sous l'influence de la maladie.

Le vrai déterminisme admet cette déformation originelle, mais il reconnaît l'action tout aussi puissante de l'idée, de la culture intellectuelle et morale.

C'est souvent grâce à l'influence du moral sur le physique que nous pouvons échapper à l'étreinte du mal, combattre les effets de l'hérédité, lutter contre la maladie.

Il y a des maladies où ce qu'on appelle l'âme est dans l'esclavage le plus complet vis-à-vis du corps, c'est-à-dire

que les altérations cérébrales sont si profondes qu'elles ne peuvent être corrigées par l'influence psychique, par l'action curative de l'idée.

L'exemple le plus frappant est celui de la paralysie générale. Cette terrible affection s'attaque de prime abord à la couche corticale du cerveau. La lésion s'étendant en nappe produit non seulement des paralysies motrices ou sensibles, des tremblements, des troubles de la parole ou de l'écriture, des symptômes pupillaires ; elle fait naître encore des hallucinations auditives, visuelles, gustatives ; elle crée des états de neurasthénie, de mélancolie, d'hypocondrie, de manie aiguë. Souvent la vésanie prend la forme du délire des grandeurs ; elle aboutit à la démence, à la déchéance psychique et corporelle. Fort heureusement, l'obnubilation intellectuelle empêche le malade de constater sa chute, mais quelquefois la lucidité persiste et le malheureux assiste dans une poignante désespérance à l'annihilation de son moi mental.

La situation est la même dans d'autres affections intéressant l'étage supérieur du cerveau, dans les méningites, dans les épilepsies où il n'est pas rare de voir les accès convulsifs remplacés par ce qu'on a appelé des « équivalents mentaux » de forme mélancolique ou maniaque, avec impulsion criminelle, délire de persécution.

L'entêtement, l'égoïsme féroce de certains épileptiques n'est pas, comme on le croit souvent, un défaut corrigible par l'éducation, c'est un symptôme du trouble cérébral. J'ai douté parfois de la fatalité de cet égoïsme pathologique et j'ai épuisé les ressources de la psychothérapie pour réveiller chez ces malades les sentiments de l'altruisme le plus instinctif, limité aux êtres les plus aimés. Peine perdue ; on m'écoutait, on me comprenait intellectuellement, mais aussitôt le malade retombait sous le

joug du « morbus sacer », esclave docile de son cerveau malade.

Mais même dans ces maladies cérébrales dues à des lésions organiques microscopiques, on retrouve l'influence de l'esprit. Ce n'est pas, hélas, que la psychothérapie puisse en arrêter la marche, mais il est facile de voir que le mal évolue dans le sens de la mentalité innée ou acquise. Les défauts du caractère antérieur s'accusent ; on retrouve chez le délirant l'égoïsme qui le desséchait à l'état de santé, la tendance à l'emportement ; ceux qui étaient doux, pusillanimes, tendront vers les formes mélancoliques, hypocondriaques. Enfin les âmes fortes, les vaillants, habitués à réprimer leurs impulsions, supporteront le supplice et ne succomberont que sous les derniers coups. L'horrible esclavage qui fait dépendre notre mentalité de notre cerveau se montre aussi dans les vésanies proprement dites, dans la mélancolie, la manie, les démences diverses, constitutionnelles et acquises, dans ces maladies de l'esprit où il doit y avoir une altération structurale profonde quoiqu'elle échappe à nos moyens d'investigation.

Les intoxications diverses, quand elles atteignent un certain degré, agissent de même fatalement sur notre cerveau et nous succombons tous psychiquement, sous l'influence du chloroforme, de l'éther, de l'alcool.

Mais ici déjà on voit poindre l'influence psychique. L'effet de ces poisons variera suivant l'état d'âme du sujet. Il s'endormira plus facilement s'il est confiant, tranquille ; il résistera, au contraire, s'il est inquiet.

Dans les maladies de l'esprit nous pouvons aussi nous défendre dans une certaine mesure, travailler à notre guérison.

Il y a dans la saine culture du moi intellectuel et moral

un remède prophylactique et curatif contre la folie. Oh, je n'exagère nullement cette influence. Qui pourrait prétendre qu'il doit son intégrité mentale aux efforts moraux qu'il a faits ; qui oserait accuser les malheureux psychopathes d'avoir négligé leur éducation morale ?

Mais cette vertu préservatrice se déduit de l'efficacité curative du remède.

J'ai vu bien des psychopathes se ressaisir, briser les liens qui les enserraient, regagner à pied le terrain perdu, non pas sous la seule influence du temps, des mesures d'hygiène corporelle, non pas par la marche naturelle du mal, cyclique dans son essence, mais par la vue claire du but à atteindre et des chemins qui y mènent.

L'analyse psychologique de soi-même, bien dirigée, faite avec un optimisme voulu, avec l'aide sympathique d'un médecin qui jouit, non de la plénitude de sa santé psychique, c'est impossible, mais d'une euphorie mentale moyenne, est utile aux malades de l'esprit. Elle est plus efficace que tous les moyens physiques par lesquels on s'efforce de leur rendre la santé.

Bien des aliénistes semblent avoir oublié cette influence morale, cette puissance de l'idée. Et cependant ces vérités ne sont pas d'aujourd'hui. Elles ont été exprimées avec chaleur par Pinel, le médecin illustre et l'homme de bien qui, à Bicêtre et à la Salpêtrière, fit tomber les chaînes des aliénés.

Avant Pinel le traitement physique était seul regardé comme efficace. C'est sa gloire d'avoir introduit la psychothérapie dans le traitement des maladies mentales.

« Il faut, dit-il, isoler le malade de sa famille, de ses amis, écarter de lui tous ceux dont l'affection imprudente peut entretenir un état d'agitation perpétuelle ou même aggraver le danger ; en d'autres termes il faut changer

l'atmosphère morale dans laquelle l'aliéné doit vivre. Mais surtout le médecin doit s'intéresser à l'existence intérieure du malade, remonter à l'origine souvent psychologique de son état, attendre le moment favorable pour intervenir, rechercher avec soin ce qui, dans sa vie mentale, demeure intact, et s'en souvenir pour le dominer ; démontrer au malade lui-même, tantôt par un raisonnement très simple, tantôt par des faits concrets, le caractère chimérique des idées qui l'obsèdent ; dans quelques circonstances on pourra employer la ruse, recourir à un mensonge adroit pour capter sa confiance, entrer un peu dans son rêve afin de l'en guérir par degrés. Quelquefois il faut briser la résistance qu'il offre et recourir à la force physique, mais alors même il faut éviter une douleur inutile. Le médecin, les gardiens doivent se présenter à l'aliéné comme doués d'une supériorité non seulement matérielle, mais surtout morale. C'est ainsi qu'ils parviendront à provoquer en lui le travail ultérieur de la réflexion. »

Capo d'Istria[1], auquel nous empruntons cet exposé, estime que ce traitement moral préconisé par Pinel n'offre pas une grande originalité. Il reproche à Pinel d'avoir cru que l'aliéné peut être rendu à la docilité par un travail de réflexion logique. « Il était difficile à Pinel, dit-il, d'éviter cette erreur d'analyse psychologique ; il n'avait pas pour éclairer son jugement les découvertes des médecins psychologues modernes sur la suggestion. » — « Si l'aliéné, ajoute-t-il, s'incline devant la volonté ferme du médecin, c'est le plus souvent à cause de sa propre faiblesse mentale, et le prestige de ceux qui lui donnent des soins est en raison directe de sa misère psychologique. »

1. *Revue scientifique*, n° 20, 20 mai 1899.

Eh bien, n'en déplaise aux hypnotiseurs et suggestionneurs modernes, c'est Pinel qui a raison : sans doute l'influence que nous avons sur nos semblables n'est pas toujours rationnelle ; nous les subjuguons souvent par le prestige qu'ils nous reconnaissent et ils céderont d'autant plus aisément à nos injonctions qu'ils seront plus débiles d'esprit. Nous avons le droit et le devoir de profiter parfois de cette situation si c'est pour les guérir ou les soulager ; mais notre influence est bien plus puissante et plus durable si le malade a conservé partiellement son bon sens et peut travailler à sa propre guérison par la voie de la réflexion logique. Faire obéir un malade, abuser dans ce but de sa misère psychologique pour le dominer, ce n'est pas encore le guérir. Pour amener cette guérison il faut le temps, des mesures hygiéniques et une psychothérapie dévouée, continue, qui utilise pour le relèvement du patient toutes les lueurs de raison qui lui restent. Cette situation est moins rare qu'on ne le pense. Bien des aliénés sont plus ou moins monomanes et conservent une logique, un gros bon sens, dont il faut savoir profiter habilement. Le but à atteindre n'est pas de rendre le malade bêtement suggestible, c'est au contraire de le relever et de lui restituer la maîtrise de lui-même.

C'est là une belle page que Pinel a écrite dans son *Traité sur l'aliénation mentale*. C'est le fait d'un homme de génie que de changer du tout au tout l'orientation de la psychiatrie, de devancer d'un siècle ses contemporains. Capo d'Istria le reconnaît, du reste, quand il termine par ces mots : « Pour la gloire de Pinel, il suffit de rappeler qu'un principe nouveau était affirmé et que, pour employer une désignation récente, *la psychothérapie était introduite dans le traitement des maladies mentales.* »

Si le caractère rebelle de bien des vésanies rend souvent illusoire ce traitement de l'esprit, la psychothérapie est au contraire toute-puissante quand il s'agit de ces psychoses au petit pied qui s'appellent neurasthénie, hystérie, hypocondrie, déséquilibre. La raison n'est pas intacte, nous le verrons, dans ces états relativement bénins, mais, bien plus que le vésanique, le malade reste accessible à l'influence morale. La persuasion par la voie logique est ici une baguette magique.

Tout ce que Pinel a dit des aliénés est vrai, mais c'est cent fois plus vrai quand il s'agit des psychonévroses. Le trouble mental paraît ici si léger qu'on se refuse, dans le public, à voir le lien qui rattache ce nervosisme aux vésanies. Les médecins eux-mêmes ne reconnaissent pas toujours cette étroite parenté. D'un autre côté j'ai montré combien peu ces psychopathies diffèrent de l'état normal, si bien qu'on se demande souvent si ce sont des maladies.

En présence d'une mentalité anormale il n'est pas bon de recourir uniquement aux moyens physiques ou médicamenteux, à la douche qu'on a employée à tort et à travers dans la psychiatrie, aux narcotiques divers qui ont remplacé l'antique ellébore, à la contrainte brutale, physique ou morale. C'est à l'influence éducative qu'il faut revenir.

Le moyen est facile à employer, il produit des effets rapides et durables, souvent inespérés. Devenu maître de lui-même, le malade continue après la cure son éducation. Elle affermira sa tenue morale et le préservera des récidives que pourraient amener les événements de sa vie psychique ou physique.

C'est pour procéder avec méthode dans cette thérapeutique, la seule rationnelle, qu'il faut avoir des idées pré-

cises sur la nature du nervosisme, sur les causes qui le font naître ou l'entretiennent. Il faut analyser les symptômes, remonter à leur genèse, distinguer ceux qui dépendent plus ou moins du corps, reconnaître le caractère uniquement psychique des autres. Seules des vues claires sur ce sujet peuvent donner au médecin l'assurance, établir aux yeux des malades son prestige moral et lui donner la puissance de guérir.

Que nous sommes loin de cet idéal ! Il règne encore, parmi les médecins, une incroyable incohérence d'idées. C'est à tel point que souvent les malades ou leurs proches voient plus clair que leurs Esculapes et rient sous cape des traitements qu'on leur a fait subir.

Je vois des jeunes dames présentant, au grand complet, les symptômes divers du nervosisme, troubles dyspeptiques, faiblesse générale, douleurs diverses, insomnies, phobies. Un quart d'heure de conversation suffit pour reconnaître la mentalité anormale du sujet, son impressionnabilité exagérée, dont on retrouve les traces dans sa plus tendre enfance. Il est facile de surprendre son illogisme, la genèse mentale d'une foule d'autosuggestions qui le dominent.

Ce nervosisme natif, après s'être manifesté dans l'enfance par des terreurs nocturnes, par une sensibilité maladive, s'aggrave à l'âge du développement, à cet âge où, par des influences mystérieuses encore, la mentalité des jeunes filles change souvent du tout au tout. Mariée, la femme ne trouve pas dans l'union conjugale le bonheur qu'elle avait rêvé ; restée vieille fille, elle subit en silence les âpres regrets que provoque le sentiment d'une vocation manquée.

Ce ne sont pas toujours de vrais malheurs qui troublent l'âme de la malade et ébranlent par suite sa santé

physique, ce sont des riens, de petites contrariétés, les piqûres d'épingle de la vie. Un peu de philosophie, facile à inculquer, suffirait à rétablir l'équilibre mental, à supprimer les désordres fonctionnels.

Mais on n'y songe pas. Un gynécologue célèbre, mais qui, paraît-il, a conservé les œillères du jeune spécialiste, découvre une hypertrophie de la matrice, une petite ulcération du col, un peu de métrite. Voilà la cause de tout le mal ! La malade a beau insister sur les causes morales de son nervosisme, l'opérateur ne se laisse pas détourner ; il ampute, cautérise, pratique le curettage de la matrice et s'attend à voir disparaître les accidents nerveux. Il s'imagine avoir obéi à l'adage : *Sublata causa, tollitur effectus.* Il n'en est rien, à son grand étonnement.

La malade tombe entre les mains d'un médecin expert dans le traitement des maladies de l'estomac. Celui-ci est un médecin sérieux qui ne se contente pas d'un examen superficiel. Pensez donc, il siphone l'estomac, analyse le suc gastrique, injecte de l'air dans l'organe et en note les limites au crayon bleu. D'une main experte il provoque le bruit de succussion et il déclare : Vous avez une dilatation d'estomac ; il y a hypoacidité ; vous ne serez jamais bien aussi longtemps que la motilité et le chimisme de votre estomac seront troublés ! Il prescrit une sangle qui doit soulever l'estomac ptosé, un régime sec, et note soigneusement les aliments qu'il faut éviter. Il en fait une énumération si prolixe qu'il aurait perdu moins de temps en notant ceux qu'il permet.

La malade maigrit de plus en plus, s'affaiblit. Elle souffre, il est vrai, un peu moins de l'estomac, car elle n'exige pas beaucoup de cet organe, mais elle est plus nerveuse que jamais.

C'est à l'électricité maintenant qu'on aura recours. La

malade va s'asseoir sur le tabouret isolant de la machine statique. Le souffle, l'aigrette statique, les décharges disruptives vont agir sur les neurones comme sur le « cohéreur » du télégraphe sans fil. Et c'est avec un contentement profond que le neurologiste va promener son électrode sur la surface du corps, sans se laisser arrêter par le sourire, oh combien sceptique, de la malade. Franchement, le plus malade des deux n'est pas celui qu'on pense !

Je n'ai nullement chargé ce tableau et Molière aurait aujourd'hui beau jeu. Je comprends jusqu'à un certain point cet égarement thérapeutique ; j'ai montré qu'il est le fruit de notre éducation médicale et nous avons tous de la peine à sortir de l'ornière. Mais il faut que cela change et que tout en continuant à utiliser pour le bien des malades les moyens physiques ou médicamenteux dont nous disposons, nous reconnaissions l'influence de l'esprit. Il faut que nous analysions cette action et que nous apprenions à nous servir de cette arme trop longtemps négligée.

Le spécialiste en neurologie et psychiatrie n'est pas le seul qui doive affiner ses facultés d'observation psychologique et entrer résolument dans la voie de la psychothérapie. Le chirurgien doit connaître ces états psychopathiques s'il veut éviter des interventions inopportunes. N'en voit-on pas réséquer l'appendice chez des malades atteintes d'algies hystériques, ouvrir le ventre d'un hypocondre avéré pour lui prouver qu'il n'a pas de cancer, faire la gastro-entérostomie dans une dyspepsie nerveuse et pratiquer l'ovariotomie chez des hystériques ! On fait même parfois des opérations pour guérir des neurasthéniques dont l'état mental est troublé par des préoccupations morales !

Et dans les nombreuses spécialités dont l'existence est justifiée par le fait qu'elles exigent une certaine routine opératoire, oculistique rhino et laryngologie, ne serait-il pas bon de moins opérer, cautériser, râcler, et de reconnaître même dans ces maux qui semblent si locaux, l'influence énorme des autosuggestions maladives, la puissance des représentations mentales, de songer aux états diathésiques qui rendent souvent illusoire cette thérapeutique locale ?

Enfin, le praticien des petites villes et des campagnes qui, lui, doit tout savoir, donner tout au moins les premiers secours, ne peut ignorer cette médecine de l'esprit. Il connaît mieux ses malades, leur mentalité ordinaire, les influences héréditaires ; il vit plus près d'eux. Sans doute il manque de temps pour se livrer avec eux à de longues conversations psychothérapiques, mais s'il est psychologue il saura sans peine distinguer ce qui vient du moral et ce qui n'est que physique.

Il n'a pas besoin d'être grand clerc pour s'apercevoir que sa visite fait plus de bien que ses médicaments. Il verra tout le bien qu'il fait en vouant à ses clients une chaude sympathie et en leur donnant des conseils de saine philosophie.

Dans tous les pays on voit paraître des brochures, des articles de journaux, nous montrant que ces vérités sont dans l'air, qu'une voie nouvelle s'ouvre pour la médecine.

La médecine du XXe siècle, sans négliger les conquêtes du précédent, donnera une place toujours plus large à la psychothérapie rationnelle. Elle renoncera aux puérilités de l'hypnotisme et de la suggestion pour en revenir à l'éducation de l'esprit.

Chez les hommes, comme chez les poupées, c'est la

tête qui est la partie la plus fragile : c'est elle qui a besoin de réparations.

Il y a beaucoup à faire dans ce domaine et c'est avec joie que le médecin qui aime son art peut se mettre à l'œuvre.

NEUVIÈME LEÇON

Symptômes psychiques du nervosisme. — Origine psychique des troubles fonctionnels. — Toutes les maladies organiques ont leur sosie dans le nervosisme. — Ce qui caractérise les névrosés, ce ne sont pas leurs souffrances, mais leur mentalité. — Les stigmates mentaux : suggestiblité, fatigabilité, sensibilité et émotivité exagérées. — Suggestion et persuasion. — Suggestibilité à l'état normal.

Quels sont donc les symptômes du nervosisme, pour nous servir du terme le plus général, qui sont d'ordre psychique et justifient mon affirmation souvent répétée, qu'à mal psychique il faut traitement psychique ?

Si l'on considère l'essence même du phénomène de pensée, toute distinction entre l'esprit et le corps disparaît, car il est entendu que là où il y a mouvement d'âme, il y a vibration cérébrale. Mais ces deux mouvements, si bien associés qu'ils ne font qu'un, peuvent être provoqués par la voie que j'ai appelée physiologique, somatique, par l'intermédiaire du sang, des nerfs sensibles ou sensoriels ; ils peuvent naître aussi par la voie psychologique, des représentations mentales venant s'intercaler dans l'arc réflexe. Enfin l'expression ultime de la réaction, que cette dernière soit somatique ou psychique d'origine, peut être elle-même psychique en ce qu'elle se traduit par des pensées, par des volitions plus ou moins conscientes, tout comme elle peut aboutir par la voie de l'émotion à des

manifestations somatiques. A ce double point de vue de l'origine et de la fin de la réaction la distinction entre le moral et le physique subsiste.

Le neurasthénique qui accuse avant tout une tristesse habituelle, un « tædium vitæ » chronique, celui qui sent naître en lui une timidité maladive, le découragement, une misanthropie croissante, ne sera pas étonné si vous lui dites que ce sont là des manifestations psychiques, et il comprendra l'intérêt qu'il y a pour le traitement à rechercher si cette tristesse est provoquée par un état maladif du corps (voie somatique) ou motivée par une souffrance morale (voie psychique).

Tel malade qui ne dort pas considère cet état comme physique, mais il n'hésitera pas à reconnaître l'origine psychique de l'insomnie quand vous lui montrerez que ce qui l'empêche de dormir ce sont des souvenirs pénibles, des préoccupations d'avenir, ou l'appréhension de l'insomnie. Il n'est pas rare de voir des malades constater qu'un mal de tête est né sous l'influence d'une émotion, d'une idée par conséquent, et si la céphalalgie leur prouve qu'il s'est passé quelque chose de matériel dans leur crâne, ils admettront volontiers que ce trouble a des causes psychologiques, qu'il a une autre source que le mal de tête succédant à l'abus de l'alcool ou à l'inhalation du nitrite d'amyle.

Mais quand vous direz à un dyspeptique nerveux que ses troubles digestifs sont d'origine psychique, à une hystérique paraplégique que c'est encore psychique, à un hypocondre que sa douleur est aussi psychique, vous serez souvent accueilli par un sourire d'incrédulité. Votre malade trouvera que vous abusez de ce mot de psychique. Parfois vous surprendrez chez lui un mouvement d'humeur, une rougeur subite ; il s'irrite, croyant que vous

ne le comprenez pas, que vous le prenez pour un malade imaginaire.

Et pourtant c'est psychique tout cela, l'analyse clinique le démontre toujours plus. Les accidents du nervosisme ne naissent ordinairement pas par la voie somatique, sous l'influence d'irritations purement physiques, comme des réflexes nerveux inconscients. Partout nous retrouvons l'intercalation des phénomènes dits psychiques, partout intervient l'*idée*, tantôt créant de toutes pièces le trouble fonctionnel, tantôt l'entretenant, l'éternisant, s'il est né primitivement sous l'influence d'une cause occasionnelle, d'un traumatisme, par exemple, d'une maladie corporelle antérieure, d'une intoxication.

Les symptômes des psychonévroses sont légion. Presque tous les syndromes cliniques qui caractérisent les maladies du corps ont leur sosie dans le nervosisme.

A côté de l'angine de poitrine il y a la pseudo-angine nerveuse ; on peut retrouver la plupart des symptômes des cardiopathies dans les troubles cardiaques nerveux. Le plus souvent, au point de vue des symptômes objectifs, état de la langue, qualités du suc gastrique, troubles de la motilité de l'estomac, la dyspepsie nerveuse ne diffère en rien de la dyspepsie à base organique. Le nervosisme, en un mot, peut simuler toutes les maladies. Il y a des états d'anorexie nerveuse avec vomissements, émaciation, fièvre, qui sont diagnostiqués méningite ; des astasies-abasies qui imposent l'idée d'un néoplasme cérébelleux ; il y a des viscéralgies qui font croire à la péritonite tuberculeuse et motivent l'intervention bien inutile du chirurgien. Encore aujourd'hui les névroses articulaires sont souvent méconnues et sont traitées comme affections locales, alors que les sensations douloureuses sont purement idéogènes.

Je n'en finirais pas si je voulais énumérer toutes les erreurs de diagnostic qui résultent de la connaissance imparfaite de la psychologie normale et morbide ; ce serait refaire tout le dictionnaire de la pathologie, vue par les yeux du neurologiste et du psychiatre.

Ce qui caractérise les psychonévroses ce ne sont pas les symptômes divers, les innombrables troubles fonctionnels semblables à ceux des maladies organiques, les sensations pénibles que le malade peut éprouver, c'est son état d'âme, sa mentalité.

Il nous arrive à tous d'être fatigués ; nous savons ce que c'est et nous sommes assurés d'avance qu'un peu de repos suffira. Le neurasthénique prend peur ; il constate avec dépit cette lassitude ; il la rend durable par l'attention qu'il lui prête.

La machine humaine est si compliquée qu'il ne se passe pas un jour sans que nous percevions quelque grincement dons son fonctionnement. Tantôt c'est un trouble gastrique, une douleur vague, un battement de cœur, une névralgie fugace. Pleins de confiance dans notre santé relative nous passons en souriant sur ces bobos. L'hypocondre au contraire est fasciné par l'idée de sa maladie ; elle devient idée fixe.

Nous avons tous à supporter des contrariétés, mais nous cherchons à les surmonter, à garder notre bonne humeur. Le neurasthénique, l'hystérique voient avec un verre grossissant ; le moindre événement devient une catastrophe.

Les hommes craignent généralement la mort, mais ce spectre n'est pas toujours présent devant eux. Tantôt ils l'oublient dans une insouciance naturelle, tantôt ils l'envisagent comme un événement inéluctable mais lointain ; ils ne s'en effrayent pas outre mesure. Les névrosés, au

contraire, sont obsédés souvent par l'idée de cette dissolution finale et souffrent pendant des années les affres de cette thanatophobie.

La cause réelle des psychonévroses n'est pas dans l'événement fortuit qui a provoqué les accidents aigus, traumatisme, maladie, désordre fonctionnel, émotion morale, fatigue. Ces agents provocateurs agissent sur nous tous les jours et ils n'amènent aucun trouble permanent de notre santé, parce que nous leur opposons une indifférence plus ou moins voulue. Le névrosé, au contraire, réagit en vertu de sa mentalité anormale. On retrouve chez lui des stigmates mentaux caractéristiques.

Ils sont innombrables, ces stigmates, si l'on envisage les formes diverses du nervosisme, les associations d'idées qui engendrent des phobies et entretiennent des autosuggestions fatales. Chacun réagit mentalement à sa manière.

Mais il est possible de faire remonter ces manifestations variées à quelques particularités mentales primordiales. Or je remarque, avant tout, chez les névrosés de tous genres, une évidente exagération de défauts inhérents à la nature humaine. Les nerveux sont *suggestibles*, *fatigables*, *sensibles* et *émotifs* à l'excès.

On pourrait dire, sous une forme paradoxale, que ce ne sont pas des malades. Il n'y a pas chez eux des phénomènes nouveaux, inconnus de l'homme sain, pas d'intervention d'agents pathogènes spéciaux comme dans les maladies infectieuses, pas d'altération des organes déterminant le trouble fonctionnel.

Il n'y a chez eux qu'une exagération des réactions normales, qui se traduit non seulement par l'intensité des phénomènes, la facilité avec laquelle ils naissent, mais encore par la déviation du type primitif de la réaction,

par des irradiations inattendues. Je tiens beaucoup à cette conception qui me fait rechercher dans la mentalité normale l'ébauche des bizarreries de nos malades. Elle est féconde pour l'interprétation des désordres fonctionnels : elle nous donne pour la thérapeutique les armes les plus efficaces.

La *suggestibilité exagérée* est un de ces stigmates caractéristiques. Elle est commune aux neurasthéniques et aux hystériques ; elle se retrouve dans des formes plus sévères, chez les dégénérés, les déséquilibrés ; elle joue encore un rôle important dans la genèse des vésanies diverses.

D'aucuns trouvent qu'on abuse aujourd'hui de ce mot de suggestion, d'autres lui prêtent au contraire un sens si général qu'ils n'hésitent pas à dire : il n'y a que suggestion dans ce monde ; nous vivons continuellement sous l'empire des suggestions.

Il ne s'agit que de s'entendre sur la valeur du terme. Dans son acception primitive *suggérer* veut dire : *faire entrer dans l'esprit* et comme, en effet, toute notre vie mentale est régie par les idées qui ont pénétré dans notre entendement, on pourrait dire que la suggestibilité est la plus haute qualité de l'esprit humain, la condition absolue de tout perfectionnement intellectuel ou moral.

Mais les dictionnaires nous apprennent qu'en français, les mots : suggérer, suggestion, s'emploient en mauvaise part.

Nous ne parlons pas de suggestion quand, par la persuasion loyale, par un exposé logique de bonnes raisons, nous avons entraîné la conviction de notre interlocuteur, quand nous l'avons amené à une détermination qu'il n'aura pas lieu de regretter.

La suggestion n'intervient pas dans le domaine des

sciences exactes, mathématiques ; ici on ne suggère pas, on prouve.

Suggérer implique que la bonne foi a été plus ou moins surprise, qu'usant des subterfuges d'une dialectique habile, on a circonvenu le sujet, qu'on l'a amené à des vues qu'il n'aurait pas admises s'il n'avait suivi que les conseils de sa raison, de son bon sens. Suggérer un testament veut dire le faire faire par artifice, par insinuation déloyale. On parle encore de suggestion quand c'est un travers de l'esprit qui détermine notre conduite. Marmontel a écrit : « C'est l'ambition qui lui a suggéré cette démarche inconsidérée. »

Pourtant dans ces dernières années le mot a pris une acception moins fâcheuse. On dit d'un livre qui fait penser : c'est une œuvre très suggestive ; on pourrait dire aussi : c'est la bonté qui a suggéré à cet homme cet acte de dévouement.

Ainsi compris le mot de suggestibilité désigne cette faculté de l'esprit qui lui permet d'être persuadé, par n'importe quel procédé, de l'existence d'un fait, de la justesse d'une idée ou de l'excellence d'une détermination. Mais il y a intérêt à différencier, à opposer même, les termes de *persuasion* et de *suggestion*. Bechterew a bien noté la différence en disant que la suggestion entre dans l'entendement par l'escalier de service, tandis que la persuasion logique frappe à la porte d'entrée principale.

Si l'homme sain savait n'obéir qu'à la raison pure ou aux sentiments justes, si le malade seul avait la faiblesse de devenir le jouet des illusions, la distinction serait facile et l'on dirait : l'homme sain d'esprit se laisse persuader, le malade seul est suggestible.

Mais en parlant ainsi le roi de la création manifeste-

rait une trop bonne opinion de lui-même. Malgré la civilisation, malgré les efforts énormes de la science, nous restons encore bien débiles et nous souffrons tous d'une lamentable suggestibilité, dans le sens le plus défavorable de ce mot.

Aussitôt que nous quittons le terrain ferme du raisonnement mathématique, nous éprouvons une peine incroyable à résister aux suggestions. Quand nous nous formons une opinion, quand nous nous laissons persuader, il est bien rare que la logique soit seule en cause. L'affection, l'estime, la crainte que nous inspire celui qui nous parle, préparent subrepticement les voies de notre entendement, et notre raison est souvent prise au piège. Notre sensibilité intervient ; des sentiments, de secrets désirs se mêlent aux froides conceptions de la raison et, sans en avoir conscience, nous nous égarons. Nous nous laissons subjuguer par une éloquence toute de surface, par le charme du langage, et nous cédons alors même que nous avons vu d'un coup d'œil la queue de la sirène. Dans tous les domaines de la pensée, alors même que nous croyons jouir de la plus complète indépendance de l'esprit, nous subissons le joug d'idées anciennes que nous avons repoussées dans nos heures de logique, mais qui ont laissé dans notre âme une tache ineffaçable.

En politique, en philosophie, nous sommes presque incapables d'effacer l'empreinte de l'éducation. Même quand il s'est établi entre quelques hommes une communauté d'aspirations, d'idées, on peut encore reconnaître chez chacun d'eux la mentalité catholique, protestante, juive, etc. Et ce serait bien si ce qui nous rattache ainsi à la famille, au pays, à la race, était une sympathie toujours saine que peut approuver la raison. Mais que de fois trouvons-nous le manque de jugement à la base de

ce dogmatisme ! Que de fois sentons-nous que nous obéissons à l'esprit de contradiction, au parti pris, alors que nous devrions obéir à des raisons ! La fatigue, la maladie, l'âge rendent plus difficiles les processus mentaux constituant la réflexion et nous livrent pieds et poings liés à des influences suggestives que nous aurions repoussées à d'autres moments. Enfin les états d'âme sont contagieux dans le cercle étroit de la famille, dans une classe sociale, dans un peuple. De même qu'au moyen âge on voyait naître des épidémies d'hystérie, nous constatons aussi dans les divers pays des troubles collectifs de la mentalité. Il semble parfois qu'un parti, qu'un pays entier a perdu le jugement, qu'un vent de folie a soufflé sur une contrée. Pendant un certain temps c'est tel pays, telle race qui semble présenter les symptômes d'une suggestibilité pathologique ; demain les forts, qui hier constataient avec un sourire dédaigneux l'état de déséquilibre du voisin, perdront la tête à leur tour, démontrant ainsi la débilité de l'esprit humain.

L'homme a la prétention d'être intelligent et ne craint rien autant que le reproche de bêtise. Et pourtant, s'il veut faire franchement son examen de conscience, il verra qu'il lui est difficile de toujours bien voir et qu'il est journellement la victime de suggestions déraisonnables. Notre jugement est sujet à de continuelles éclipses.

Parfois cette suspension du contrôle raisonnable est voulue parce que, dans l'occurrence, nous jugeons inutile de nous entourer de ses garanties. C'est ainsi que nous sommes facilement victimes des illusions quand nous nous laissons guider par un seul sens. Si nous voyons, en un lieu où nous pouvons supposer possible la présence d'un chat, une masse grise de la grosseur de cet animal,

nous ne nous donnons souvent pas la peine de contrôler cette perception et nous affirmons l'existence de ce chat avec une conviction qui pourra entraîner d'autres personnes dans notre erreur. Sous l'empire de la distraction nous arrivons constamment à ces jugements sommaires. C'est donc par le mécanisme d'une conclusion hâtive que nous nous laissons entraîner à l'illusion sensorielle. Chacun peut retrouver dans ses souvenirs des exemples de cette suggestibilité et voir qu'il aurait pu échapper à cette illusion s'il avait mieux tendu le ressort de l'attention, fait intervenir sa raison.

L'erreur par autosuggestion est grandement facilitée par le fait qu'une représentation mentale est déjà une sensation. Le principe de la concomitance l'exige : à toute idée correspond un état cérébral, qu'elle soit née par la voie d'une impression sensorielle réelle ou qu'elle soit pure représentation mentale, et à un même état cérébral doit répondre une même sensation. Au témoignage trop vite accepté d'un sens vient s'ajouter la sensation suggérée ; elle nous entretient dans notre erreur et la fixe.

Le vin qu'on nous verse d'une bouteille poussiéreuse et portant l'étiquette d'un cru renommé nous paraîtra toujours meilleur qu'il n'est ; le fumeur le plus gourmet se laissera influencer dans son jugement s'il reconnaît la provenance du cigare qu'il fume. Certaines personnes éprouvent la sensation du toucher huileux et de l'odeur du pétrole, en soulevant une lampe qui n'en a jamais contenu. La plupart des gens ressentent diverses sensations en touchant les pôles d'un appareil électrique alors qu'il ne fournit ni courants, ni décharges.

Sur mon conseil, le Dr Schnyder, de Berne, a étudié chez mes malades cette suggestibilité. Chargé de noter l'état de la sensibilité tactile, douloureuse, de rechercher

les réflexes cutanés et tendineux, il terminait par une soi-disant recherche de la sensibilité électrique. Les bornes d'un rhéostat à manette qui ne contenait aucune source d'électricité étaient reliées à deux fils terminés par des bagues qu'on mettait aux doigts des malades. Évitant toute autre suggestion, l'observateur priait les sujets en expérience de dire simplement ce qu'ils ressentaient. L'illusion d'un courant électrique qu'on pouvait rendre fort ou faible était entretenue par le maniement de la manette se déplaçant sur les boutons de contact numérotés. Plus des deux tiers des malades ont accusé des sensations diverses de picotement, de chaleur, de brûlure, et se sont complus à les décrire minutieusement.

Hack Tuke[1] a cité nombre de ces illusions nées par conclusion hâtive, entretenues par l'autosuggestion engendrant la sensation. J'en citerai quelques exemples personnels. Il m'est arrivé plusieurs fois, en entrant chez mes clients, de percevoir la chaleur rayonnante d'un poêle que je croyais allumé. Cette conclusion hâtive était motivée par la fraîcheur de l'air qui me faisait supposer qu'on avait chauffé. Je fus bien étonné quand je constatai par le toucher que je me trompais.

Un de mes amis entre en hiver chez un coiffeur et pose ses pieds gelés sur ces supports en fonte ornementée et ajourée que tout le monde connaît. Aussitôt il sent une douce chaleur envahir ses pieds et se dit : Voilà qui est pratique, on a les pieds soutenus et on se réchauffe du même coup ! Il n'en put croire ses sens quand il constata l'absence de tout chauffage.

Questionnez des témoins oculaires sur les détails de l'événement auquel ils ont assisté et vous verrez que

1. *Le corps et l'esprit*, trad. Parent, 1886.

tous ont vu différemment parce que tous ont regardé à travers les lunettes de leur entendement faussées par les opinions préconçues, les autosuggestions. Les juges, les avocats savent le peu de créance que souvent l'on peut accorder aux déclarations de témoins même désintéressés.

Il y aurait intérêt à recueillir les exemples de ces illusions et à analyser leur genèse avec soin. Mais la tâche n'est pas aussi facile qu'elle paraît. Même dans cette analyse scientifique nous avons à nous garer des autosuggestions, comme dans l'analyse des rêves dont nous cherchons à nous souvenir et que nous enjolivons après coup. La fée de l'autosuggestion intervient partout avec sa baguette magique.

Dans le domaine scientifique nous nous appliquons à exercer toujours un contrôle rigoureux. Nous recourons au témoignage des divers sens ; nous soumettons les faits au contrôle de plusieurs personnes ; nous renouvelons l'expérience et dans l'hypothèse même nous cherchons à rester logiques. Aussi les gens dont l'esprit scientifique s'est développé sont-ils moins naïvement suggestibles.

Mais, même dans ce domaine, il est impossible d'éviter l'erreur. Je ne parle pas ici de ces savants souvent illustres, mais quelque peu déséquilibrés, qui peuvent montrer dans le travail mathématique une logique supérieure et qui se laissent prendre dans le filet des superstitions grossières du spiritisme et de la télépathie. Même ceux qui échappent à ces faiblesses sont sujets à l'erreur et prennent souvent leurs désirs pour des réalités, leurs suggestions pour des faits. Il n'y a pas de cerveau humain capable de résister en tout et partout à l'illusion, de laisser la raison régner en maîtresse.

Si l'autosuggestion est capable de nous induire en erreur sur l'existence même d'un fait, capable de faire

naître une sensation purement suggérée, elle est plus puissante encore quand nous touchons au monde des sensations internes, aux sentiments, aux convictions. Nous n'avons plus ici la possibilité du contrôle par nos cinq sens, nous avons à faire à des sensations vagues, à des vues de l'esprit qui n'ont pas de réalité objective.

Les sensations de faim, de soif, les besoins de miction et de défécation, les appétits sexuels, les sentiments généraux de bien-être et de malaise naissent plus facilement encore sous l'influence d'une pure représentation mentale que les sensations localisées de tact, de douleur, de chaleur ou de froid, que les perceptions, si précises d'apparence, de la vue, de l'ouïe, du goût et de l'odorat. A ceux qui doutent de l'influence de l'idée sur les sensations et sur le fonctionnement des appareils physiologiques les plus divers, je recommande quelques minutes de réflexion sur les faits de la vie sexuelle à l'état de veille et dans le rêve. Écoutez Montaigne : « Et la jeunesse bouillante s'eschauffe si avant en son harnois, tout endormie, qu'elle assouvit en songe ses amoureux désirs. »

La suggestibilité devient extrême quand notre conviction doit s'établir dans des domaines qui nous sont inconnus, étrangers. L'ignorance rend plus suggestible, mais, quelle que soit notre culture, nous n'échappons pas à ce défaut, car notre intelligence est toujours fragmentaire, nous sommes toujours ignorants de quelque chose.

La science moderne a une prédilection un peu exagérée pour la méthode expérimentale et de nos jours la suggestibilité est étudiée par les procédés scientifiques [1]. On institue des expériences en évitant toute suggestion voulue, laissant tomber le sujet dans le piège sans l'y

1. *La suggestibilité*, par Alfred Binet. Paris, 1900.

pousser. On analyse ensuite l'idée directrice qui a entraîné l'erreur et on surprend ainsi le mécanisme de la suggestion. On arrive de la sorte, sans hypnose, à fixer le coefficient de suggestibilité des individus en expérience, à déterminer leur réaction sous l'influence morale, leurs tendances à l'imitation.

Ces recherches intéressantes doivent être poursuivies, complétées. Elles nous apprennent à connaître les défauts de notre esprit et par conséquent à les combattre. Nous pouvons mieux nous retenir si nous voyons la pente sur laquelle nous allons glisser.

Mais sans attendre le résultat des travaux des psychologues, en nous bornant à l'analyse de notre mentalité par l'introspection, nous pouvons reconnaître les vérités suivantes :

La suggestibilité humaine est incommensurable. Elle intervient dans tous les actes de la vie, colore des teintes les plus variées toutes nos sensations, égare notre jugement, crée ces continuelles illusions contre lesquelles nous avons tant de peine à nous défendre même en tendant toutes les forces de notre raison.

La puissance de l'idée est telle que, non seulement elle déforme une sensation préexistante, une idée, mais qu'elle crée de toutes pièces la sensation. Il n'y a aucune différence, pour l'individu qui la ressent, entre une douleur provoquée par une irritation périphérique, et celle qui résulte d'une simple représentation mentale, entre le mal réel et le mal imaginaire. Le plus souvent le malade ne possède aucun moyen pour trancher la question et le médecin lui-même est fréquemment embarrassé pour la résoudre. Il peut cependant y arriver par l'analyse de la genèse mentale de la représentation, en montrant par exemple l'insuffisance du traumatisme qui a provoqué la

douleur, les autosuggestions qui sont nées dans l'esprit du malade. La démonstration est enfin complétée par la disparition rapide du mal sous l'influence d'une suggestion quelconque. Alors le malade lui-même voit clair et reconnaît l'illusion dont il a été la victime souvent pendant de longues années. Il y a des malades qui arrivent d'eux-mêmes à cette conclusion ; il y en a qui, dès la première consultation, vous disent : on n'a qu'à me parler d'un mal dont j'ai peur et immédiatement j'en ressens les symptômes. Le médecin doit se souvenir que si des sensations précises transmises habituellement par nos cinq sens peuvent naître par autosuggestion, la représentation mentale agit encore bien plus puissamment sur les sensations plus vagues qu'on a dénommées besoins d'activité, d'inaction, sensations fonctionnelles, cœnesthésies, sensations émotionnelles, sensations de douleur, de plaisir [1].

J'ai montré qu'il faut distinguer entre la suggestion, qui agit par les voies tortueuses de l'insinuation, et la persuasion, qui s'adresse loyalement à la raison du sujet. Si utile que puisse être le résultat final, le mécanisme mental a été faussé par la suggestion, et la détermination est plus ou moins anormale. Quoi de plus absurde que de s'endormir en plein jour, alors qu'on n'a aucun besoin de sommeil, en cédant bêtement à l'injonction d'un hypnotiseur ? Faut-il être crédule pour pouvoir laisser ses bras en l'air ou garder les yeux bien clos, parce qu'un thaumaturge vous a dit que vous ne pouvez pas abaisser le bras, que vous ne pouvez pas relever les paupières ? C'est abuser cruellement de la faiblesse d'esprit du sujet que de lui faire de pareilles suggestions.

Aussi la suggestibilité démontre-t-elle en général un

1. *Les sensations internes*, par Beaunis. Paris, Félix Alcan, 1889.

manque de jugement, et j'ai entendu des hypnotiseurs me dire : nous aurons facilement raison de cet homme ; son cerveau est débilité par l'alcool ; il opposera moins de résistance à la suggestion.

C'est encore à la conclusion hâtive, marque d'une faiblesse d'esprit, que nous devons la plupart de nos illusions.

Mais la règle n'est pas générale et, lors même que le sujet est amené par la suggestion à une réaction absurde dans son essence, il peut avoir suivi pour y arriver des voies rationnelles.

Voici un ouvrier atteint de rhumatismes qui ont résisté à tous les traitements. Il est découragé et n'a qu'un désir, se guérir et reprendre son travail. On lui propose l'hypnotisme. Je veux bien, répond le malade, je ne sais pas ce que c'est, mais mes camarades m'ont dit que cela fait du bien ! Et il s'endort aussitôt que le médecin a prononcé les mots sacramentels : Dormez, dormez, dormez !

Eh bien, voilà un homme de bon sens qui reste absolument raisonnable dans son incroyable suggestibilité ! Il n'a aucune raison de supposer qu'on le trompe, il n'en a aucune de douter des affirmations encourageantes de ses camarades. Ignorant des choses médicales et n'ayant pas la prétention de les connaître, il est dans un état d'âme normal, dans la disposition psychologique favorable pour accepter la suggestion. Son erreur est excusable.

Il en est de même de ce jeune soldat dont le bras fut soudainement paralysé par une suggestion. Il était entré à l'hôpital pour une angine et le professeur qui l'examine lui pose à brûle-pourpoint la question : Depuis quand votre bras droit est-il paralysé ?

Étonné il proteste timidement et assure qu'il n'a rien

au bras. Mais le professeur ne perd pas son assurance et s'adressant au cortège de ses élèves : Voyez, messieurs, leur dit-il ; voilà un jeune homme qui a une paralysie *psychique* du bras droit et, comme c'est généralement le cas dans cette curieuse maladie, le sujet n'a pas conscience de son impuissance. Et pourtant, vous le constatez, son bras est inerte et quand je le lâche après l'avoir soulevé il retombe comme une masse ! Et le bras resta paralysé jusqu'au jour où une suggestion inverse en rendit l'usage au jeune homme.

Qu'il était donc bête, ce jeune soldat, diront les malins. Eh bien, non. Son état d'âme était bien naturel. Sans doute il aurait pu penser : Mais non, mon bras n'était pas paralysé quand je suis venu, j'ai salué de la main droite, j'ai fait tel ou tel travail avant de venir.

Mais c'est un jeune paysan timide qui a perdu son assurance en présence de ces savants messieurs. Il ne connaît de la suggestion ni le mot, ni la chose ; il ne peut pas non plus croire à une plaisanterie. Il ne lui reste qu'à admettre que ces savants en savent plus que lui ; il le croit et il est paralysé. L'erreur est absurde, mais elle était inévitable dans les conditions psychologiques de l'expérience. La crédulité est ici le fruit d'une ignorance et d'une émotivité bien pardonnables.

Il n'en est pas moins vrai que la suggestibilité n'est qu'un défaut et que l'individu qui veut conserver l'intégrité de son bon sens, assurer sa santé mentale, doit à chaque instant faire appel à sa raison et surveiller sa mentalité. Il y perdra peut-être le mince avantage de pouvoir être guéri un jour par le procédé de l'hypnose, mais il y gagne celui d'échapper à ses nombreuses autosuggestions fâcheuses. Or on sait qu'il vaut mieux prévenir les maladies que les guérir.

Avoir l'esprit critique est encore le meilleur préservatif contre les nombreux troubles fonctionnels qui naissent par la voie des représentations mentales. C'est notre tenue morale qui nous donne la force de résister à ces influences débilitantes.

Les travaux des médecins hypnotiseurs démontrent péremptoirement la suggestibilité incroyable de l'être humain. Nous pouvons, dans l'hypnose, faire du sujet un véritable automate, lui faire accepter des suggestions à échéance, dédoubler à plaisir sa personnalité, lui suggérer qu'il est roi, le faire reculer d'épouvante devant un lion imaginaire. Il n'est même plus besoin d'hypnose pour obtenir cette obéissance passive ; il suffit de la suggestion verbale pure, à l'état de veille. L'hypnose n'est rien en soi-même ; elle est elle-même suggérée à l'état de veille, et il est le plus souvent inutile de faire passer le sujet par cet état de demi-sommeil, de somnambulisme provoqué.

Ces faits sont certains ; il est facile de s'en convaincre en suivant les expériences des médecins experts en cette matière. Aussi suis-je étonné de constater combien est encore grande, chez les médecins, l'ignorance sur ces sujets. Beaucoup n'ont pas pris la peine de voir, de penser, et croient encore que l'hypnose est un état pathologique provoqué par des procédés somatiques agissant directement par les nerfs ou les vaisseaux. Ils oublient que l'*hypnose n'est que suggestion* et que l'automatisme le plus complet peut être obtenu sans sommeil préalable.

Les démonstrations des médecins ne sont peut-être pas assez décisives parce qu'ils n'obtiennent les résultats les plus curieux que sur des sujets qui ont déjà été hypnotisés, sur des malades hystériques, sur de pauvres hères

alcooliques que nous hésitons à reconnaître comme nos semblables, au point de vue mental.

Les expériences des hypnotiseurs et suggestionneurs ambulants sont parfois plus instructives. Elles démontrent clairement la passivité de l'être humain vis-à-vis des hétérosuggestions, la rapidité avec laquelle celles-ci deviennent autosuggestions, la facilité avec laquelle la représentation mentale se transforme en sensation et en acte.

A ce point de vue j'ai trouvé tout particulièrement intéressantes les démonstrations d'un Allemand, M. Krause, qui s'intitule « *Suggestor* » et a donné des séances dans différentes villes d'Allemagne et de Suisse. Il a débuté il y a dix-huit ans par l'hypnotisme, puis, probablement pour échapper aux interdictions policières, il s'est borné à la suggestion verbale à l'état de veille.

Après avoir, dans un exposé très clair, défini la suggestion à son auditoire, il commence ses expériences sur une quinzaine de jeunes gens qui sont montés sur l'estrade. Il s'adresse à l'un d'eux et lui enjoint de renverser fortement la tête en arrière, d'ouvrir largement la bouche et de fermer les yeux. Puis d'une voix douce, il insinue : Vous ne pouvez plus ouvrir les yeux !

Le sujet les ouvre sans peine, ferme la bouche, reprend une position normale et l'expérimentateur le renvoie dans la salle comme sujet réfractaire.

Même jeu vis-à-vis du deuxième sujet qui lui aussi ouvre les yeux en souriant. Le troisième n'obéit pas mieux et le public commence à croire que les expériences ne réussiront pas.

Mais M. Krause ne s'émeut pas et, tranquillement, dit : « Oui, vous avez très bien réussi à ouvrir les yeux, mais, n'est-ce pas, vous avez eu quelque peine ; cela n'allait pas

aussi facilement que dans l'état normal ? — Oui, j'ai eu un peu de peine », balbutie le jeune homme doutant de lui-même.

A partir de ce moment presque tous les sujets en expérience sont sous le charme et vont obéir aux suggestions les plus absurdes.

Avec le quatrième sujet l'expérimentateur n'y va pas de main morte. Il le fixe sur sa chaise en lui incurvant en arrière la colonne vertébrale, il lui renverse brusquement la tête, lui écarte les mâchoires, lui ferme les yeux de la main ; puis, avec l'accent de la conviction, il lui dit : Vous ne pouvez plus ouvrir les yeux, plus fermer la bouche, plus même prononcer votre nom ; essayez, vous ne pouvez pas ! »

Et voilà notre jeune homme ahuri qui reste dans cette position, exposé à la risée du public. Comment va-t-on le délivrer ?

C'est bien simple. M. Krause ordonne au voisin de mettre sa main sur la poitrine du sujet et de compter un, deux, trois ! Et en effet, à trois, le suggéré ouvre les yeux et se comporte comme une personne normale.

Pourquoi cette obéissance passive ? Parce que le sujet a cru ce qu'on lui disait. Intimidé, troublé, plongé dans un état d'anxiété expectante, il a admis la suggestion, et à la représentation d'impuissance a succédé l'impuissance réelle.

Ce premier succès obtenu, M. Krause procède rapidement et sûrement. Il appuie l'un des sujets à une colonne et lui suggère qu'il ne peut plus s'en détacher, et notre homme fait de vains efforts pour se libérer. La catalepsie des bras, des jambes, est obtenue immédiatement chez la plupart des sujets à l'écart de veille. Bientôt l'aplomb de l'expérimentateur ne connaît plus de bornes Sans sug-

gérer verbalement le sommeil préalable, il fait accepter à ses sujets les suggestions les plus absurdes. Il dédouble leur personnalité, les transforme en d'autres personnes, leur enjoint de dérober des montres aux auditeurs, puis, replongeant son sujet dans la représentation de sa personnalité normale, il nous fait assister à l'étonnement de ces jeunes hommes tout ahuris des actions qu'ils viennent de commettre en état second. Cet état second observé souvent sans suggestion étrangère chez des hystériques est purement imaginaire ; il n'est que le résultat d'une suggestion acceptée ; il n'est dû qu'à la crédulité incroyable du sujet.

Or 90 p. 100 des gens sont suggestibles à ce point, et théoriquement nous le sommes tous, aussi longtemps que nous sommes ignorants du sujet. Personne n'est absolument réfractaire à la suggestion. Tout dépend du moment psychologique dans lequel nous nous trouvons et la personnalité du suggestionneur n'est que pour peu de chose dans le succès. Il suffit qu'il soit psychologue et qu'il ait de l'audace.

L'éducation doit avoir pour tâche de nous délivrer de cette suggestibilité bête. La raison est le crible qui arrête les suggestions malsaines et ne laisse passer que celles qui nous mènent sur la voie du vrai.

DIXIÈME LEÇON

Fatigabilité. — Fatigue musculaire ; son siège. — Troubles mentaux de la fatigue musculaire ; Tissié, Féré. — Elément psychique de la fatigue. — Conviction de fatigue. — Fatigue cérébrale. — Courbes ergographiques. — Fatigue vraie et fatigue vulgaire. — Dynamogénie et dynamophanie. — Importance de ces notions pour le médecin et l'éducateur.

J'ai signalé, parmi les stigmates mentaux des névrosés, la *fatigabilité* exagérée. Le mot n'est pas, je crois, dans le dictionnaire, mais il y mériterait une place parce qu'il exprime exactement ce qu'il veut dire.

Cette fatigabilité n'est maladive que dans son exagération, car tout organisme qui fonctionne se fatigue. L'activité, dans n'importe quel domaine, suppose usure de matériaux, combustion, désorganisation de la cellule, accumulation des produits de la combustion. Au travail doit succéder le repos qui permet à la cellule de reconstituer son capital de forces épuisées, de recouvrer sa structure normale.

Le phénomène de la fatigue est plus complexe qu'il ne semble au premier abord et nous sommes encore dans l'ignorance sur sa nature intime et sur son siège.

Je soulève un poids un grand nombre de fois : aussitôt je constate la fatigue musculaire ; l'activité fonctionnelle baisse et je le soulève toujours moins haut ; enfin, je ne puis plus le déplacer. Que s'est-il passé ? Est-ce mon cer-

veau qui se fatigue à donner des ordres ; est-ce le nerf altéré qui ne transmet plus aux muscles l'influx volontaire ? Sont-ce les organes périphériques, plaques terminales ou muscles, qui ne répondent plus à l'excitation transmise intégralement ? Serait-ce enfin que les incitations morales manquent pour déterminer la réaction que nous appelons volonté ? La fatigue est-elle localisée ou naît-elle partout à la fois, dans l'appareil neuromusculaire tout entier ?

Cette dernière hypothèse est la plus probable puisque tout travail amène la fatigue et que tous ces organes fonctionnent simultanément.

Les physiologistes ont bien étudié, sur le muscle isolé, la fatigue musculaire, et ils ont constaté que la combustion de la glucose musculaire accumule dans le muscle l'acide carbonique, l'acide lactique et d'autres substances ponogènes.

La fatigue musculaire pourrait donc être considérée comme une intoxication par les produits de la combustion. Une injection d'eau salée dans l'artère principale d'un muscle épuisé par des excitations électriques répétées, suffit pour faire cesser momentanément l'épuisement et rendre au muscle la faculté de se contracter.

D'autre part un muscle qui ne répond plus à l'influx cérébral peut encore réagir sous l'influence d'un courant électrique, ce qui ferait croire que c'est le cerveau qui a subi l'influence ponogène. Mais on constate aussi le phénomène inverse : le muscle n'obéit plus à l'excitation du courant mais se contracte encore sous l'influence de la volonté ou du réflexe. Les tentatives pour localiser la fatigue échouent et il devient probable que les altérations qui entravent l'activité sont à la fois centrales et périphériques, que la fatigue envahit tout le neurone en activité.

Il y a une analogie évidente entre l'organe qui se fatigue et la pile qui polarise. Le potentiel de cette dernière baisse, non par l'usure du zinc encore présent, mais avant tout par l'accumulation aux électrodes des produits de la polarisation, et il suffit, pour relever la force électromotrice, d'éliminer par une secousse, par l'insufflation, les bulles d'hydrogène qui recouvrent le charbon. De même la fatigue musculaire peut se dissiper par l'élimination des toxines produites par le fonctionnement même du muscle.

Pour les autres organes, en particulier pour le cerveau, nous sommes moins renseignés que pour le muscle. Nous n'avons pas de données précises sur les toxines qui s'accumulent dans son tissu pendant l'activité cérébrale, sur les effets éloignés de cette fatigue, sur la constance des symptômes physiques ou mentaux qui l'accompagnent.

Mais, comme le fait remarquer Mosso [1], le cerveau est éminemment plus sensible que le muscle. Il a plus besoin que ce dernier de l'irrigation par le sang, destinée non seulement à lui apporter les éléments nutritifs et comburants, mais avant tout à éliminer les déchets fonctionnels, les toxines ponogènes. Le muscle peut se contracter encore normalement alors que la circulation locale est supprimée par la bande d'Esmarch. La perte de connaissance survient, au contraire, en quelques secondes, si par la compression des carotides on entrave l'afflux du sang au cerveau, et pourtant de gros vaisseaux, les vertébrales, échappent à la compression. C'est le procédé qu'emploient, dit-on, les Javanais pour produire la narcose dans les opérations douloureuses.

1. A. Mosso, *La Fatica*, quinta edizione. Milano, 1892.

Le phénomène le plus apparent de toute fatigue est la diminution graduelle de la puissance fonctionnelle, la difficulté à continuer le travail commencé. Mais il s'y joint d'autres phénomènes : de la douleur, de la contracture, de la courbature. Si l'on persiste, la fatigue s'étend à tout l'organisme, produit l'essoufflement, les battements de cœur, la transpiration ; enfin, surviennent les maux de tête et les troubles mentaux à tendance nettement pessimiste et mélancolique.

Tissié [1] a étudié la fatigue dans les exercices intensifs des bicyclistes et s'exprime ainsi : « L'entraînement intensif poussé jusqu'à la fatigue exagérée, chez les hommes bien entraînés, sains et robustes, par une longue course à bicyclette, par la marche ou par tout travail musculaire prolongé et rythmée, provoque les psychoses expérimentales et passagères. Ces psychoess ont les mêmes manifestations extérieures que les psychoses pathologique des sujets morbides, hystériques, dégénérés, aliénés, etc. Tel, par exemple, l'*ennui* qui les domine toutes et qu'on retrouve toujours à un moment donné de l'entraînement intensif chez les sujets les plus gais et les mieux équilibrés. »

Féré [2] signale également les troubles mentaux de la fatigue et insiste sur les analogies qu'ils présentent avec les troubles mentaux de la neurasthénie.

« Elle (la fatigue) provoque souvent des idées de négation, de persécution, de dénigrement. Les sentiments altruistes cèdent la place à l'égoïsme qui se manifeste sous les formes les plus variées. Le sujet est incapable de

1. Ph. Tissié, L'entraînement intensif à bicyclette, *Revue scientifique*, oct. 1894. — La fatigue chez les débiles nerveux ou fatigués, *Revue scientifique*, oct. 1896.
2. Féré, Les troubles mentaux de la fatigue, *Médecine moderne*, nov. 1898.

réagir contre les obsessions et les impulsions qui peuvent devenir irrésistibles. »

Et plus loin : « La fatigue comporte une tendance à la dépression des sentiments et au pessimisme en général. »

Ces données sont capitales pour l'étude des psychonévroses. La fatigue, quand elle est poussée à l'excès, exerce sur la mentalité d'un homme sain et robuste une influence fâcheuse et fait naître les différents symptômes des psychonévroses. Il est évident que la fatigue agira d'une façon plus intense et plus rapide sur les individus qui souffrent déjà d'une débilité nerveuse native. Un rien suffit alors pour provoquer le déséquilibre mental.

Je vais plus loin encore et je reconnais, dans ce qu'on appelle la fatigue, un élément psychique dont on n'a pas suffisamment tenu compte ; je veux parler de la conviction de fatigue qui n'est nullement proportionnée à l'épuisement réel et qui doit son origine à notre pessimisme natif, lequel s'exagère encore par la fatigue même. La fatigue vraie se double de l'autosuggestion de fatigue ; il y a de l'ennui, du découragement dans notre lassitude.

Cette distinction s'applique à tous les genres de fatigue et les faits qui autorisent à la faire s'observent tous les jours chez l'homme sain.

Des soldats sont en marche ; ils viennent de fournir une longue étape. Ils n'en peuvent plus et quelques-uns se couchent sur le bord de la route en déclarant qu'ils sont incapables d'aller plus loin. Qu'il survienne un officier qui sache remonter le moral de sa troupe, qu'on fasse jouer la musique du régiment et vous verrez ces hommes reprendre leur marche d'un pas presque allègre.

Étaient-ils donc épuisés, ces hommes-là ? Non, car dans ce cas il aurait fallu leur accorder du repos, les alimenter, ou bien les abandonner ou les recueillir à l'ambulance.

Ils étaient fatigués, mais sous l'influence de la fatigue, leur moral avait faibli et ils voyaient leur fatigue à travers le verre grossissant de leur pessimisme maladif. La parole du chef, la musique, leur ont rendu la gaieté, l'entrain, et c'est pourquoi ils se sont remis en marche. Le sentiment d'un danger pressant, de l'ennemi sur leurs talons eût pu agir dans le même sens et leur donner des jambes.

On abuse dans ces questions du terme de dynamogénie. Je ne veux nullement prétendre qu'une excitation sensorielle ou sensible ne puisse avoir aucune influence directe sur la force musculaire ; diverses expériences physiologiques semblent établir cette action. Mais je me refuse à reconnaître une action dynamogénique dans les faits que je signale ici.

Un encouragment ne crée pas de la force, il ne peut que déclancher des énergies préexistantes. Le repos et l'alimentation peuvent seuls rendre à l'organe des forces qui lui manquent, le premier permettant la guérison de la cellule, l'élimination des toxines, l'autre lui apportant des matériaux nutritifs.

L'excitant psychique agit par une autre voie sur les éléments beaucoup plus délicats et plus mobiles du cerveau pensant. Il dissipe l'humeur triste, la veulerie que nous appelons si complaisamment fatigue. Enfin, de même que la conviction d'impuissance crée l'impuissance, la force peut revenir aussi avec le sentiment de sa possession.

Les recherches à l'aide de l'ergographe de Mosso donnent une idée très nette de ce qu'on peut appeler la *fatigue vraie*, l'épuisement réel.

Pour les besoins cliniques j'ai construit un ergographe [1]

1. L'instrument est fabriqué par la maison E. Zimmermann à Leipzig.

plus simple, toujours prêt à fonctionner. Il se compose d'un chariot avec poulie sur laquelle roule une cordelette supportant un poids de 5 à 8 kilogrammes. L'expérimentateur saisit à pleine main la poignée fixée sur la planchette, passe l'index dans la boucle de la cordelette et soulève le poids rythmiquement, par exemple toutes les deux secondes. L'appareil trace automatiquement sur du

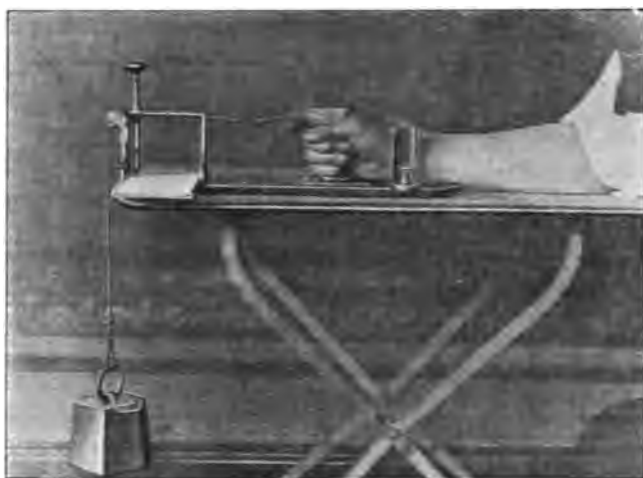


Fig. 1.

papier millimétrique la hauteur du soulèvement. On obtient ainsi une courbe d'ordonnées décroissantes dont il est facile de déterminer la valeur en kilogrammètres, en multipliant le poids soulevé par la hauteur de l'ordonnée. Chez l'homme cette courbe a une forme caractéristique.

Si l'on fait abstraction de quelques irrégularités possibles au début, quand le doigt n'est pas suffisamment fixé, la première contraction est la plus haute ; les suivantes décroissent très lentement. Les différences entre

deux ordonnées successives augmentent de plus en plus et bientôt la chute de la courbe s'accentue. Il semble que le muscle va bientôt être épuisé. Mais à mesure que les ordonnées sont plus basses, la courbe se prolonge. Elle baisse toujours, mais avec moins de rapidité, si bien que si on tire une ligne droite AB entre le sommet de l'ordonnée maximum et l'ordonnée dernière qui est à l'abs-

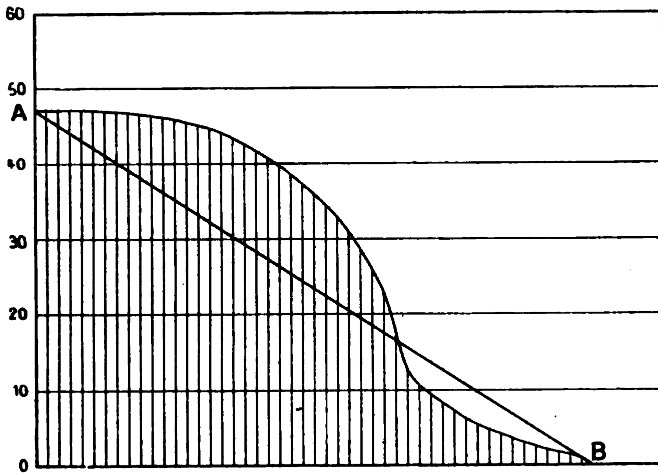


Fig. 2.

cisse, la courbe présente une forme en ∾ caractéristique. Les ordonnées de la première moitié de la courbe sont au-dessus de cette oblique, celle de la fin au-dessous. Cette forme en ∾ de la courbe a sa raison : à mesure que les ordonnées baissent le muscle travaille moins ; l'effort kilogrammétrique est moindre et dans une certaine mesure le muscle se repose ; travaillant moins, il peut travailler plus longtemps.

Il y a là, ce me semble, une loi physiologique qui s'applique à toute espèce de travail. La fatigue amène un

repos relatif en raison même de la diminution d'activité fonctionnelle qu'elle entraîne.

Cette courbe typique se retrouve toujours semblable à elle-même chez le même individu. Elle offre donc les caractères suivants :

1° La fatigue se montre dès le début de l'exercice, elle commence avec le travail ;

2° La courbe décroissante a manifestement la forme en ∿ ;

3° Chacune des ordonnées tracées marque l'effort maximum dont le muscle est capable au moment où il le trace ;

4° Quand l'exercice est terminé, que l'index ne peut plus soulever le poids, l'épuisement est complet. Aucun encouragement ne peut amener une contraction ultérieure ; il n'y a aucune possibilité de dynamogénie par la voie psychique.

Par contre, le moindre repos, de quelques secondes, suffit pour rendre au muscle la faculté de se contracter. Au bout d'une minute le muscle a retrouvé 30 à 50 p. 100 de sa force primitive. Si après des intervalles réguliers de repos d'une minute on trace des courbes successives, on retrouve sur l'ensemble de ces courbes les particularités de la courbe isolée. Chacune des courbes a une valeur kilogrammétrique totale plus faible que la précédente. La baisse de puissance se fait rapidement au début, plus lentement dans la suite, si bien qu'on retrouve la forme en ∿ caractéristique.

Telle est la courbe idéale de la fatigue vraie, indépendante de toute influence morale.

Est-ce là la courbe de la fatigue vulgaire, de celle dont nous parlons tous les jours, soit que nous fassions un effort physique, que nous nous appliquions à un travail

intellectuel ou que nous succombions sous le faix des malheurs, des émotions morales? Non.

A la fatigue vraie, expérimentale, dans laquelle chaque ordonnée représente tout l'effort possible et le 0 l'épuisement absolu, il faut opposer la fatigue vulgaire, toujours influencée par la tenue morale, par l'état d'âme du sujet.

On voit parfois, sous l'influence de la colère, de la folie furieuse, un homme dépenser une force musculaire incroyable, qu'il n'eût pas cru posséder. Un encouragement peut aussi provoquer un renouveau de puissance. Mais il n'y a pas là création de forces, il n'y a qu'un déclanchement plus complet d'énergie latente. Cette exubérance n'est due qu'à la suppression d'inhibitions antérieures.

On retrouve le même phénomène dans l'ordre intellectuel et moral. Il y a des gens qui semblent devenir spirituels quand ils ont bu. L'alcool serait-il vraiment capable de nous donner des facultés que nous n'avons pas à jeun? Non. Il supprime les obstacles que nous créent notre état mental habituel, notre timidité, notre désir de tenue correcte et réservée. Il faut, pour faire un discours, laisser libre carrière à son imagination, à son esprit caustique, se débarrasser de certaines entraves psychiques : l'alcool produit cet effet paralysant sur notre moral. Aussi, dépassez la dose d'alcool et vous verrez le discours devenir plus vif encore, mais plus incohérent ; l'orateur va perdre tout sentiment des convenances, tout respect humain.

Si sous l'influence de l'alcool, du café, de la griserie qui résulte de la joie, un homme s'est montré spirituel, bienveillant, penseur original, soyez sûr qu'il possède bien ces qualités au fond de lui-même et que si elles ne

se manifestent pas d'ordinaire c'est qu'elles sont inhibées par des états d'âme concomitants s'opposant au déclanchement de ces énergies natives. Il y a une part de vrai dans l'adage : *In vino veritas*.

J'ai essayé de prendre chez les neurasthéniques quelques courbes ergographiques. Elles n'ont rien de caractéristique et varient suivant l'état d'âme du sujet.

Tel malade, au comble de la veulerie, imbu de la conviction d'impuissance, renonce à tracer sa courbe avant même d'avoir commencé ; il est ponophobe. Un autre trace distraitement quelques ordonnées assez élevées puis, pris de découragement, il ne peut plus soulever le poids alors que la contraction précédente était encore assez forte ; il n'y a pas là chute graduelle normale. Un troisième décrit une courbe régulière avec des variations inattendues, mais les ordonnées sont inférieures à celles d'un homme normal qui semble armé des mêmes muscles. Il est difficile de constater, dans ce dernier cas, s'il y a faiblesse vraie ou conviction d'impuissance, mais on a l'impression que le sujet en expérience, en vertu de son état d'âme, n'a pas fait à chaque soulèvement le maximum d'effort possible.

Enfin, j'ai vu des médecins neurasthéniques prétendre qu'ils étaient dans un état d'amyosthénie complète, incapables de faire usage de leurs bras et qui, intéressés subitement par l'expérience, ont retrouvé des forces inconnues et fourni une courbe ergographique dépassant la moyenne.

Il est impossible de méconnaître dans ces variations l'influence de l'esprit, l'effet prédominant des états d'âme contingents.

Il en est de même dans le domaine intellectuel. Un jour nous nous réveillons veules, affaissés, peut-être sans

cause à nous connue, peut-être sous l'influence d'une mauvaise nuit, d'une fatigue antérieure. Nous ne voulons pas céder à ce sentiment d'impuissance et nous nous mettons résolument au travail avec l'idée que le « démarrage » se fera. Parfois nous réussissons à nous mettre en train, d'autres fois tout cet effort est vain et nous constatons avec tristesse notre incapacité. Mais, voilà qu'une heureuse nouvelle nous arrive, un ami nous encourage, nous recevons une lettre flatteuse qui nous redonne la confiance en nous-même ; alors, subitement, nous retrouvons l'entrain et la pleine possession de nos moyens. Est-ce là de la dynamogénie ? non, c'est de la dynamophanie.

Quand nous nous déclarons fatigués physiquement ou intellectuellement nous constatons en bloc notre incapacité actuelle. Notre fatigue nous apparaît comme un fruit dont nous n'apprécions tout d'abord que la masse, la forme extérieure, sans connaître sa composition intime. Si nous le coupons en deux nous lui trouverons peut-être un noyau succulent très petit entouré d'une épaisse coque fibreuse. Analysons notre fatigue et nous verrons qu'elle n'a souvent qu'un imperceptible noyau de fatigue vraie perdu dans une gangue énorme d'autosuggestion de la fatigue.

Il ne serait pas exact de dire que c'est de la fatigue imaginaire ; c'est une conviction d'impuissance succédant à une sensation réelle, mais grossie par l'état d'âme pessimiste qu'amène la fatigue elle-même agissant sur notre moral. Cet état d'âme a son substratum physique, cérébral. C'est un trouble maladif. Il peut céder lentement, à l'action du repos, d'une alimentation réconfortante. Il peut s'évanouir plus rapidement encore sous l'influence d'une idée, d'un sentiment qui excite le fonctionnement cérébral, dissipe le trouble cellulaire et l'inhibition qu'il

produit. Cette distinction entre l'épuisement vrai et la fatigue autosuggérée n'a pas échappé à l'observation vulgaire, mais ignorant de la vérité du déterminisme biologique, le public appelle paresse, veulerie, l'incapacité qui paraît hors de proportion avec le travail accompli ou qui se manifeste avant tout effort. Il ne se rend pas compte que c'est le moral qui est fatigué, qu'il y a là un état d'âme pathologique toujours lié à quelque altération de l'organe pensant.

C'est surtout quand nous examinons la conduite des autres que nous arrivons à cette conception peu charitable et que nous sommes prodigues de reproches. Nous retrouvons une douce indulgence quand nous constatons notre propre incapacité. Chez nous elle est fatigue, épuisement, maladie ; chez le voisin elle s'appelle paresse, laisser-aller, insigne veulerie.

Petite ou grande, passagère ou durable, la paresse peut être envisagée aussi bien comme maladie de l'esprit que comme défaut de caractère. Dans bien des cas elle cède à l'action dynamophanique d'un encouragement, d'une représentation mentale fortifiante. Dans d'autres cas, le noyau de fatigue réelle est plus grand et le repos plus ou moins long s'impose. La tâche du médecin ou de l'éducateur, en présence d'un état d'incapacité, n'est pas d'apprécier les responsabilités, de distribuer le blâme au vicieux en réservant l'indulgence à celui qu'on appelle un malade. Son seul devoir est d'analyser avec soin l'état physique et psychique du sujet, de découvrir les points où il faut appliquer le levier pour réveiller son activité. Faire renaître le sentiment assoupi du devoir, exciter les sentiments altruistes, est faire œuvre utile aussi bien dans les états que le public considère comme maladifs que dans ceux auxquels on réserve le qualificatif de paresse.

L'art du médecin consiste précisément à choisir dans chaque cas le moyen le plus rapide, le plus puissant ; là ce sera repos plus ou moins complet, plus ou moins prolongé ; ici il suffira de l'encouragement, de l'influence moralisante. Et qu'on n'en conclue pas que l'efficacité de l'un ou l'autre moyen marque précisément la limite entre la maladie et le défaut. Il y a des sujets dont l'incapacité est ancienne, considérable, qui souffrent de divers symptômes nerveux, de maux de tête, de troubles digestifs, d'amaigrissement, et qui retrouvent une âme vaillante après une seule conversation psychothérapique ; et pourtant l'état maladif paraissait évident. Il en est d'autres qui, indemnes de tous symptômes pénibles, souffrent toute leur vie d'une veulerie pathologique, d'une faiblesse morale contre laquelle s'épuisent en vain tous les traitements physiques et moraux.

Cette analyse de la fatigue est capitale pour le médecin qui veut recourir à l'influence psychothérapique. Il doit reconnaître chez lui-même la part que joue le moral dans le développement des sentiments d'épuisement. Il doit savoir conduire son malade dans le dédale de cette analyse psychologique de ses propres sensations. C'est, dans la plupart des cas, le seul moyen de le guérir, de supprimer rapidement le désordre tout psychique et de rendre pour toujours au sujet, pour ne pas dire au malade, le sentiment qui seul crée la puissance : la conviction de puissance.

Dans l'appréciation de la fatigue nous commettons encore d'autres erreurs, souvent grosses de conséquences. Certaines personnes appliquent ce terme de fatigue à des symptômes maladifs totalement étrangers à l'épuisement. C'est ainsi que les épileptiques mentionnent souvent leurs « fatigues », c'est-à-dire leurs crises de petit mal. Très

souvent les névrosés appellent *fatigue* un ensemble de sensations qu'ils éprouvent au réveil, après une période de repos prolongé. Ils ont raison en ce sens que les symptômes sont bien ceux que nous ressentons dans la fatigue : faiblesse, courbature, mal de tête, incapacité de travail. Mais on ne doit pas parler de fatigue où il n'y a pas eu travail. L'analogie des symptômes n'implique pas l'identité des causes.

Dans bien des cas l'erreur consiste à assigner à la fatigue ressentie des causes qui ne sont pas les vraies. C'est encore là une conclusion hâtive suivant l'adage : *Post hoc, ergo propter hoc*. Cette erreur amène à prendre des mesures inutiles, à supprimer un effort favorable, tout en laissant subsister des habitudes de vie irrégulières qui seules étaient la cause du malaise.

Quelle que soit l'erreur qu'il commet, qu'il se trompe sur les symptômes ou sur les causes, qu'il voie sa fatigue grossie, le névrosé se trouve dans la même situation qu'un hypnotisé, qu'un suggestionné. Il a laissé pénétrer dans son entendement une idée fausse ; il la développe plus ou moins logiquement, et dès lors il est impuissant dans la proportion où il se croit impuissant. D'une part il se croit plus malade qu'il n'est, d'autre part il cherche à éviter des influences qu'il estime nocives. C'était un pusillanime au début et l'insuccès croissant de ces mesures d'hygiène injustifiées va le rendre ponophobe, hypocondre.

Nous retrouverons partout, dans l'histoire des psychonévroses, l'influence désastreuse des idées erronées, soit qu'elles soient dues à une ignorance excusable, soit que, plus souvent encore, elles résultent de la mentalité irrationnelle du sujet.

Je n'hésite pas à soumettre à mes malades ces considé-

rations sur la fatigue et à leur montrer, en ménageant leur susceptibilité, qu'ils ne sont pas comparables à des indigents, mais à des pusillanimes qui, jouissant d'une certaine aisance, croient toujours que l'argent va leur manquer.

Nous en sommes tous là, à des degrés divers. Si parfois nous devenons présomptueux, nous manquons plus souvent de confiance en nos propres forces.

ONZIÈME LEÇON

La sensibilité, condition première de toute activité physiologique. — Sensation, son caractère psychique. — Influence constante de l'idée, des autosuggestions sur nos sensibilités diverses aux agents physiques : air, pression barométrique, température, électricité, lumière, alimentation.

La cellule n'agit pas, elle réagit. La sensibilité, dans son sens le plus général, est donc la première condition de toute activité physiologique. Il faut une excitation pour opérer le déclanchement des énergies latentes accumulées par l'apport des calories ou économisées par le repos. Ces excitations sont toujours extérieures à la cellule, à l'organe, à l'organisme qui réagit, mais il est d'usage de distinguer celles qui partent de la périphérie, du tégument externe, des organes des sens, et celles qui naissent dans les profondeurs de l'organisme, dans les organes splanchniques ou dans le corps cellulaire lui-même.

Quelles qu'elles soient, ces excitations réveillent à la fois le fonctionnement des centres inférieurs, les réflexes simples ou compliqués qu'étudie la physiologie et les réflexes si complexes, si délicats qui s'appellent associations d'idées, représentations mentales. Et l'onde nerveuse ne s'arrête pas là ; de centripète elle devient centrifuge et le geste accompagne l'idée avec la constance du

réflexe le plus banal, si bien qu'on peut dire que la représentation mentale est déjà un acte commencé.

La plupart des sensations qui, directement, par voie réflexe ou par l'intermédiaire des représentations mentales, sont les causes déterminantes de nos actes, arrivent à notre entendement par la voie de nos cinq sens. Ce sont là, comme je l'ai dit, nos antennes ; c'est par elles que nous prenons contact avec le monde extérieur. C'est par cette voie unique de la sensibilité que nos semblables agissent sur nous, que se font ces hétérosuggestions auxquelles nous obéissons souvent avec une trop grande passivité.

Depuis que le monde est monde, nous ne voyons en œuvre que ces cinq sens, et notre sensibilité est suffisamment armée par ce luxe d'organes récepteurs pour que nous n'ayons aucune raison de supposer un sixième sens ou d'autres encore, établissant entre les humains de mystérieuses relations fluidiques.

Des sensations plus vagues, moins différenciées, partent de l'organisme lui-même, du tréfonds de notre être, excitées par le fonctionnement, toujours réflexe lui-même, des centres inférieurs. C'est de là que surgissent nombre d'impulsions, de mobiles obscurs de la sensibilité qui eux aussi déterminent notre réaction, quand nous ne leur opposons pas les motifs supérieurs de la raison.

L'étude de la sensibilité est donc d'une importance majeure pour le psychologue. Malheureusement, pour simplifier le problème, pour le résoudre, on l'a trop circonscrit. On a étudié la sensation brute, toujours plus ou moins identique à elle-même, adéquate dans certaines mesures à l'excitant naturel ou artificiel.

C'est ainsi qu'on a pu, pour les cinq sens, fixer avec plus ou moins de précision le seuil de l'excitation, la

limite extrême de la réaction, le maximum où apparaît l'élément douleur. On a pu dresser des tables de la sensibilité au compas de Weber, à l'excitation électrique, noter les limites de la vue, de l'audition, etc.

Ce travail était utile, nécessaire, mais il n'est que l'*a b c* dans l'étude de la sensibilité.

En expérimentant sur l'homme on s'est bien vite aperçu que les réactions varient d'un individu à un autre, que nous pouvons bien doser l'excitant, mais qu'il nous est souvent impossible d'apprécier la réaction. Pour les nerfs moteurs un mouvement se produit et il devient possible d'en constater l'étendue, de mesurer l'effort mécanique développé. Mais pour la sensation, le contrôle nous échappe, car elle reste toujours subjective ; elle ne se traduit pas par des phénomènes extérieurs mesurables. Aussitôt que la réaction d'un individu à une excitation paraît dépasser les limites ordinaires, qu'elle devient pénible, douloureuse, alors qu'elle ne l'est pas pour d'autres, on admet un état maladif ou une idiosyncrasie habituelle et c'est dans les *nerfs* qu'on relègue cet état d'hyperexcitabilité.

Si des réactions éloignées, étranges, succèdent à l'excitation, on cherche à les expliquer physiquement, physiologiquement, attribuant à un rayon lumineux une action dynamogénique, à telle ou telle condition météorologique une influence affaiblissante. Il semble qu'on étudie des phénomènes précis, mesurables, des relations certaines de cause à effet.

On oublie une vérité pourtant facile à reconnaître : c'est que toute sensation est un fait d'ordre psychique, qu'en somme c'est toujours ce qu'on appelle l'âme qui sent.

Ce qui est physique, dans le phénomène de la douleur

provoquée par la piqûre d'une aiguille, c'est la dilacération des filets terminaux des nerfs sensibles. Ce qui est physiologique c'est la transmission de la vibration nerveuse le long des cordons nerveux à la vitesse d'environ trente mètres à la seconde, mais ce qui est psychique, c'est la sensation même, la perception de la douleur, recueillie dans les centres spéciaux dont la localisation n'est pas connue mais qui doivent siéger dans la couche corticale du cerveau.

Tandis que, à la périphérie, dans les conducteurs, les centres médullaires, bulbaires et cérébraux inférieurs, les réactions s'accomplissent avec une régularité presque mécanique, la perception de la sensation peut varier au contraire suivant l'état d'âme du sujet. La sensation peut être annihilée par la distraction, par l'autosuggestion inhibitrice ; elle peut être rendue plus aiguë, grossie, par l'attente, l'attention ; elle peut être créée de toutes pièces, en l'absence d'excitation réelle, par la représentation mentale.

C'est cette intervention de l'idée qui rend si difficile l'étude de la sensibilité comme celle de tous les phénomènes où nous n'avons comme critérium que les affirmations du sujet en expérience.

Aussi aurais-je pu englober l'étude de la fatigue dans celle de la sensibilité. Nous ne jugeons de la fatigue que par les sensations que nous éprouvons et c'est pourquoi les psychologues s'ingénient à la mesurer à l'aide d'ergographes, d'esthésiomètres, d'expériences précises répétées, destinées à éliminer les erreurs dues à la mentalité du sujet. Dans la pratique on ne songe pas assez à la difficulté de cette tâche. Nous avons tous la tendance à croire non seulement à la réalité de nos sensations, ce qui ne serait que juste car elles sont toujours réelles pour nous,

mais à la réalité du phénomène tout entier, excitation périphérique certaine, transmission de l'onde nerveuse et réception finale dans le centre psychique récepteur.

Il n'en est rien. Toute sensation reste phénomène psychique pur et la constatation de son existence ne nous renseigne pas toujours sur sa cause. Ce n'est que par le contrôle d'autres sens, par l'induction fondée sur des constatations antérieures, souvent seulement avec l'aide d'un tiers, que nous pouvons éviter l'erreur et assigner à l'image mentale qu'est la sensation, ses causes déterminantes.

Analysons, à la lumière de ces données, les faits de sensibilité qu'on observe à l'état sain ou pathologique.

La plupart des agents physiques agissent plus ou moins sur l'homme. Ainsi l'air pur est nécessaire au bon fonctionnement de nos organes. L'oxygène active les fonctions de nutrition, augmente le nombre des globules sanguins. Quelques recherches de Féré semblent montrer que, par l'inhalation d'oxygène, l'énergie au dynamomètre est augmentée, le temps de réaction diminué. L'air vicié par l'acide carbonique ou par d'autres gaz produit des effets contraires, de l'abattement, des maux de tête, des nausées, de la dépression psychique.

Ce sont là des effets certains, causés directement par l'intoxication des centres nerveux. Ils se produisent chez l'individu le mieux équilibré, le moins apte à succomber aux autosuggestions.

Il y a lieu d'admettre encore des idiosyncrasies, l'organisme d'un sujet pouvant être plus sensible que d'autres à des influences physiologiques.

Mais ce besoin naturel d'air pur dépasse toutes les bornes chez les névrosés et chez des gens qui se croient en bonne santé. Il y a des fanatiques de la fenêtre ouverte la

nuit. Vous verrez que dans la plupart des cas cette sensibilité est toute d'autosuggestion et si vous pouviez fermer la fenêtre après qu'ils se sont endormis et la rouvrir avant leur réveil, ils ne s'apercevraient nullement de la supercherie.

Ils sont légion les névrosés qui ont des maux de tête aussitôt qu'ils voient un calorifère, surtout s'il est en fonte, car ils ont appris que la fonte chauffée au rouge peut laisser passer les gaz délétères. Ils voient positivement l'oxyde de carbone se dégager et en subissent incontinent les effets. On voit certaines dames tomber en syncope pour avoir manié quelques minutes un fer à repasser dans un local bien aéré ; les odeurs, même celles qui leur sont agréables, comme celles de fleurs aimées, provoquent des maux de cœur, des insomnies, des lipothymies.

Je veux bien que cette sensibilité soit parfois réelle, et nous n'avons nul droit de nier la réalité de ces effets par le simple fait que nous ne les ressentons pas au même degré. Mais souvent ces sensibilités portent la marque de l'exagération ; on découvre l'influence des idées préconçues et l'on surprend sous cette sensibilité l'autosuggestion. Cette conclusion est confirmée par l'extrême facilité avec laquelle on arrive à délivrer les malades de cette soi-disant hyperexcitabilité. Il suffit souvent d'une seule conversation pour dissiper ces préventions et ramener les malades à des habitudes de vie normales. Ils sont les premiers à rire de leurs craintes, à avouer leur origine autosuggestive. Souvent, épris subitement de logique, ils appliquent à d'autres sensations ce traitement de l'esprit ; ils apprennent à mettre au point leurs sensations.

Les variations de la pression atmosphérique ont certai-

nement une influence sur la santé. Sa diminution amène de la faiblesse musculaire, surtout s'il y a fatigue concomitante comme dans le mal de montagne. Il y a au contraire euphorie quand la pression est augmentée. Il est assez rare que les névrosés accusent des malaises provoqués par les variations du baromètre. Les dames, qui fournissent les plus beaux exemples d'autosuggestion, ignorent en général le fonctionnement du baromètre ; il leur manque une base pour créer la représentation mentale qui fait naître la sensation.

La température de l'air a aussi son action sur nous. Une température moyenne favorise nos fonctions, augmente l'activité musculaire, crée une sensation de bien-être, surtout si le soleil nous vivifie de ses rayons. Il y a abattement si la chaleur devient trop grande, s'élève au-dessus de 30°. Le froid modéré et sec est bien supporté ; cependant il ralentit le fonctionement du système nerveux, il engourdit les muscles. Agissant sur le cerveau, il engendre la tristesse, et c'est en automne, au début de l'hiver, que naissent, chez les prédisposés, les affections mélancoliques, les impulsions au suicide. Les grandes chaleurs provoquent aussi l'aliénation, mais peut-être plus particulièrement les formes agitées, la manie, la folie furieuse.

Faisons encore la part d'idiosyncrasies possibles, mais n'oublions pas l'influence de l'idée, des préventions. Souvent on peut saisir la genèse toute mentale de ces sensibilités exagérées, suivre le développement, en apparence logique, de ces conclusions hâtives.

Une de mes malades âgée de vingt-huit ans fut prise, sans cause appréciable, de troubles hystériques variés : anorexie, troubles dyspeptiques, sensation de chaleur brûlante dans le dos et les extrémités, revenant par accès

et accompagnés d'un état général très pénible d'énervement. Ce sont là des états nerveux fréquents chez les femmes à l'âge critique et qu'on retrouve chez de jeunes sujets, souvent en relation avec les phénomènes de puberté, les règles ou des préoccupations matrimoniales.

Le mal s'était développé à un moment où un froid assez vif sévissait dans le pays de la malade. Quoi de plus naturel que d'attribuer ces souffrances au froid inusité et de se vêtir plus chaudement ? L'idée parut si raisonnable aux parents qu'ils encouragèrent la malade à prendre encore plus de précautions. Le printemps survint, particulièrement chaud, et les parents furent étonnés de voir le mal persister ; mais persuadés que la malade était douée d'une sensibilité *nerveuse* maladive, ils approuvèrent encore. L'été arriva brûlant, étouffant, et la malade souffrait toujours. Imbue de l'idée que le froid était la cause première de ses maux, elle garda le lit, renonça à ouvrir la fenêtre, à se laver à l'eau froide.

Lorsqu'en septembre, dans une chambre où le thermomètre marquait 22°, je vis la malade pour la première fois, elle avait les mains cachées sous sa couverture. Quand la sœur lui apporta un verre de lait tiède, je la vis faire sous ses draps des mouvements de ses mains ; elle venait de mettre des gants pour prendre son verre de lait ! Elle n'osait le saisir du pouce et de l'index nus, de crainte que cette impression de froid ne fît naître sa crise !

C'est sur un ton suppliant qu'elle me demanda : Allez-vous me retirer mes gants aussitôt ? Non, dis-je, je ne vous les retirerai pas ; vous ne les mettrez plus du jour où vous aurez reconnu que vous êtes la victime d'auto-suggestions absurdes. Il me fallut quelques conversations pour convaincre la malade, renverser l'échafaudage de

ses idées fixes et la ramener à des habitudes normales, La guérison fut rapide et la malade que j'ai revue après bien des années n'est jamais retombée.

Beaucoup de mes malades présentent à un haut degré cette sensibilité au froid, se couvrent plus en plein été que nous ne le faisons en hiver, et leur conversion s'opère dans une conversation, d'un jour à l'autre, avant qu'un traitement matériel, l'alimentation, le massage, aient pu modifier la circulation périphérique. Il est de toute évidence qu'il s'agit ici uniquement de phobies, d'idées fixes, nées par la voie si glissante des conclusions prématurées, entretenues par la constatation même des relations apparentes de cause à effet, constatation d'autant plus assurée que l'attente du résultat prévu suffit à le produire.

Souvent, dans l'établissement de leurs syllogismes trompeurs, les malades montrent une certaine rectitude de pensée qui fait bien augurer de leur guérison. Quand on pense droit, on se trompe complètement si le point de départ est faux, mais on revient facilement à la vérité si on corrige la déviation du début.

Les effets de l'état électrique de l'air sur l'homme normal sont presque inconnus. Les névropathes, au contraire, accusent des phénomènes variés de dépression ou d'excitation, mais, fait caractéristique, ils ne les éprouvent guère que quand ces perturbations sont contestables par la vue ou l'ouïe, c'est-à-dire pendant les orages, les éclairs, le tonnerre. Ils les ressentent aussi sur le tabouret isolant d'une imposante machine statique et les effets peuvent être salutaires ou désastreux suivant l'idée première que l'opérateur a inculquée à ses malades ou suivant celles qu'ils se sont suggérées eux-mêmes. Beaucoup de dames ont peur de l'électricité et la première séance produit facilement de la fatigue, de l'énervement, de l'in-

somnie, des maux de tête, alors que chez d'autres les mêmes moyens amènent le calme, le sommeil, ou dissipent des céphalalgies habituelles.

Si vous êtes électrothérapeute, sachez calmer les autosuggestions malsaines, tranquillisez votre malade, et bientôt vous n'aurez plus, du bain électrique, des effluves, des aigrettes et même des grosses étincelles, que les effets bienfaisants.

C'est par la parole, par le geste, l'attitude, que vous ferez naître, le sachant et le voulant ou à votre insu, ces réactions soi-disant physiologiques et les effets thérapeutiques.

Il est souvent possible de prouver l'influence prépondérante et parfois unique des autosuggestions. L'expérience est difficile avec l'électricité statique, avec les courants d'induction qui produisent des sensations diverses : le malade s'aperçoit de la supercherie si on supprime le courant ; mais elle réussit fréquemment si l'on emploie des courants galvaniques de faible densité.

La femme d'un confrère me dit un jour être particulièrement sensible à l'action de l'électricité ; le courant d'un seul élément appliqué sur le dos des mains suffit à produire chez elle une sensation de brûlure.

Je nie la possibilité du fait ; elle insiste et réclame l'expérience immédiate. J'applique les rhéophores et au moment précis où la manette du collecteur s'arrête au chiffre 1 elle s'écrie : Maintenant cela me brûle ! Elle fut bien marrie quand je lui montrai que je n'avais pas immergé les piles.

Dans un cas d'hystérie traumatique grave, présentant, en même temps qu'une hémianesthésie gauche, les phénomènes plus rares du strabisme hystérique, de la polyopie monoculaire et de la micropsie, je pratiquais la galvani-

sation à courants faibles. A chaque application la malade accusait une douleur intense sur tout le côté droit. Je continuai quelques jours mes séances, puis je répétai les mêmes manœuvres sans courant. La malade ne s'aperçut nullement de la suppression et quand je lui demandai si elle éprouvait toujours les mêmes douleurs, elle répondit affirmativement. Je la mis au clair sur son erreur et dès lors elle ne se plaignit plus.

Ces constatations, quand elles sont bien faites, peuvent servir à la guérison des malades.

Une hystérique qui avait passé sa vie en valétudinaire et avait résisté à tous les traitements antérieurs, avait quelque peine à me comprendre quand je cherchais à lui démontrer l'origine idéogène de ses souffrances.

Quand mon assistant mesura sa suggestibilité par le procédé que j'ai indiqué plus haut, l'application de l'innocente bague à la main droite produisit de telles douleurs qu'elle déclara que c'était comme si on lui cassait le doigt !

Dès que je lui eus avoué notre supercherie et montré qu'elle avait créé elle-même ces douleurs par l'idée, elle fut convaincue. Sans hésiter elle appliqua cette conception à ses autres maux et dès lors je n'eus pas de malade plus docile à la psychothérapie.

La lumière aussi a son importance biologique et il serait puéril de nier son action. Mais ses effets devraient être étudiés avec rigueur chez des sujets sains. Aussitôt qu'on fait ces constatations sur des névropathes, on s'expose aux plus grossières erreurs. Non seulement il serait absurde de conclure de ces expériences que des effets analogues se produisent chez l'homme sain d'esprit, mais il serait tout aussi fâcheux de croire que ces réactions sont le résultat d'une hyperesthésie vraie. Partout,

chez ces malades, il faut songer à l'intervention constante, inéluctable, des représentations mentales.

C'est aussi à l'autosuggestion que j'attribue les phénomènes d'audition et de gustation colorée signalés par de nombreux auteurs.

Je ne nie pas que les sujets éprouvent des sensations associées, qu'ils voient l'*a* rouge ou l'*u* jaune, mais je n'ai pas de raisons pour voir là des résonnances physiologiques, l'excitation d'un sens amenant le fonctionnement de l'autre. C'est par la voie psychique, par des réminiscences vagues, des associations d'idées, que s'établissent ces synesthésies. Aussi ne les voit-on que chez certains sujets préoccupés des problèmes de psycho-physiologie, chez des artistes névrosés qui cultivent avec soin leurs sensibilités ou chez les jeunes sujets toujours éminemment suggestibles.

Le rôle de l'idée apparaît nettement quand on envisage l'influence des aliments. Sans doute les ingesta ont sur notre corps une action indéniable. Je me garderais bien de tout attribuer à l'imagination et je crois même qu'on ne voit pas cette action du régime alimentaire assez grande, surtout quand il s'agit d'habitudes longtemps continuées. Ce qui se fait chaque jour de l'année se trouve en somme multiplié au bout de l'an.

Cependant si on laisse de côté les substances plus ou moins toxiques, alcool, thé, café, tabac, dont l'abus pourrait amener des désordres, si on excepte certains aliments reconnus par tout le monde comme étant de digestion difficile, le bien-être physique semble peu dépendre de l'alimentation. L'organisme humain trouve dans des nourritures très diverses, sur la table du pauvre comme sur celle du riche, les éléments nutritifs dont il a besoin.

Décidément les précautions des névropathes sur ce

chapitre sont exagérées. Ils vivent imbus d'autosuggestions qu'ils ont créées eux-mêmes. Mais il y a plus. Il y a des médecins qui connaissent si peu la mentalité des névrosés qu'ils semblent s'être donné pour tâche de les rendre encore plus malades. Ils leur font des prescriptions de régime sévères, fâcheuses en elles-mêmes en ce qu'elles favorisent la constipation, la dénutrition, désastreuses surtout parce qu'elles contribuent à développer la mentalité hypocondriaque.

C'est le contraire qu'il faudrait faire et le médecin n'a pas de tâche plus belle et plus facile que de détruire peu à peu tout cet échafaudage de craintes et de théories. Il est parfois difficile de démêler l'écheveau de ces autosuggestions, de faire la part des idiosyncrasies, — il faut en laisser subsister le moins possible, — de surprendre le mécanisme mental par lequel le malade est arrivé à ses idées fixes qui s'opposent à la reprise d'une vie normale.

Et c'est là cependant le devoir le plus pressant pour le médecin qui s'occupe des névropathes.

Un névrosé n'est pas guéri, alors même qu'une cure physique a amené une grande amélioration, s'il a conservé sa mentalité phobique, ses vues fausses sur les rapports de cause à effet, s'il continue à vivre d'une vie de valétudinaire, toujours attentif à éloigner de lui les influences qu'il juge, à tort, nocives. Il reste un malade aussi longtemps qu'il est pusillanime, inquiet. Il faut avant tout le débarrasser de ses craintes vaines et le ramener à la vie saine.

Le physiologiste, l'expérimentateur qui veulent étudier la sensibilité vraie, doivent s'efforcer d'éliminer toute influence suggestive ; il faut que le sujet reste pour ainsi dire neutre, libre d'idées préconçues, et ce sont là des conditions difficiles à obtenir.

Le médecin, au contraire, doit étudier ces effets de la suggestion. Il faut qu'il soit psychologue, physiognomoniste, pour déceler le rôle qu'elle joue dans les sensibilités de son malade. Il faut qu'il connaisse la mentalité de celui-ci, pour pouvoir le ramener, par la clarté de ses enseignements, à des vues justes, pour le délivrer du joug de ses représentations mentales.

Parfois les malades ne comprennent pas d'emblée ces conseils et craignent de voir taxer d'imaginaires toutes leurs sensations. Ils protestent souvent et signalent des exemples d'une influence qui a agi sur eux sans participation de l'esprit. J'accepte ces justes objections, mais j'ajoute : Oui, tout agit plus ou moins sur nous, réellement, par la voie corporelle, mais quand nos autosuggestions sont de même sens, l'action est multipliée ; quand elles sont de sens contraire, elle est divisée.

DOUZIÈME LEÇON

Emotivité. — Théorie physiologique; Lange, W. James, Sergi. — Théorie intellectualiste. — Idées intellectuelles froides; sentiments chauds. — Emotions subconscientes; automatisme apparent de la réaction émotionnelle. — Origine psychique de l'émotion; valeur de cette conception pour le traitement. — Irrationalisme des névrosés. — Fatigue physique, intellectuelle, émotionnelle; dangers de cette dernière. — Impressionnabilité maladive. — Tempérament et caractère.

Il me reste à parler de l'émotivité exàgérée, ce dernier stigmate des psychonévroses.

Encore ici c'est une sensibilité que nous étudions, une sensibilité toute morale. Tout se passe dans le domaine de l'idéation, tout est psychique. A l'origine de l'émotion, il y a des représentations mentales, des sentiments qui déterminent des réactions éloignées et le fonctionnement de divers appareils physiologiques. L'émotion est *psychologique* et non *physiologique*, elle est *intellectuelle* et non *somatique*.

Je sais très bien qu'en posant ces prémisses je ne suis pas du tout moderne. Je n'ignore pas que Lange, W. James, Sergi et d'autres font de l'émotion un processus physiologique. Suivant eux l'excitation périphérique mettrait en activité des centres bulbaires, déterminerait des réactions musculaires, vasomotrices, viscérales, et l'âme, le moi sensible, ne subirait l'émotion qu'après coup, se

bornant pour ainsi dire à constater le désordre physiologique.

Pour Lange, tout le mouvement émotif ne serait qu'une *réaction vasomotrice* immédiatement provoquée par l'excitation ; W. James est moins simpliste et admet toute une série de troubles dans les appareils moteurs, vasomoteurs, glandulaires. L'émotion perçue ne serait en somme que la conscience de ces changements organiques, elle serait un épiphénomène.

Ces auteurs n'ont pas craint d'exposer leurs vues de la façon la plus crue en disant :

« Voici une mère qui pleure son fils ; l'opinion courante admet trois moments dans la production du phénomène :

« 1° Une perception ou une idée ;

« 2° Une émotion ;

« 3° L'expression de cette émotion.

« Cette succession est fausse ; il faut renverser les deux derniers termes et raisonner ainsi :

« 1° Cette femme vient d'apprendre la mort de son fils ;

« 2° Elle est abattue (physiologiquement) ;

« 3° Elle est triste.

« Qu'est-ce donc que sa tristesse ? Simplement la *conscience plus ou moins vague des phénomènes vasculaires qui s'accomplissent dans son corps et de toutes leurs conséquences.* »

W. James est tout aussi explicite et dit :

« Nous perdons notre fortune, nous sommes affligés et nous pleurons ; nous rencontrons un ours, nous avons peur et nous nous enfuyons ; un rival nous insulte, nous nous mettons en colère et nous frappons : voilà ce que dit le sens commun.

« L'hypothèse que nous allons défendre ici soutient

que cet ordre de succession est inexact ; qu'un état mental n'est pas immédiatement amené par l'autre, que les manifestations corporelles doivent d'abord s'interposer entre eux et que l'assertion la plus rationnelle est : que nous sommes affligés parce que nous pleurons, irrités parce que nous frappons, effrayés parce que nous tremblons. »

Des affirmations aussi étranges devaient trouver des contradicteurs, et Nahlowsky, Wundt, Worcester, Irons, Lehmann et d'autres ont opposé la théorie intellectualiste à la théorie physiologique.

Plus on approfondit ces discussions, plus elles paraissent byzantines et je ne puis, dans ces leçons, critiquer chacun des arguments présentés de part et d'autre.

Mais, comme l'émotion joue un grand rôle dans le développement des psychonévroses, j'essaierai d'exposer ma manière de considérer les émotions.

Le sens commun a raison : la femme qui vient de perdre son enfant a tout d'abord une perception, une idée ; cette idée l'attriste et sa tristesse se manifeste par ses larmes.

Tout ce mouvement émotionnel que nous appelons tristesse a commencé par un phénomène d'origine périphérique, par des sensations comme tout phénomène de mentalité. Nos représentations mentales, nos idées sont toujours réveillées par les excitations périphériques. Ce sont nos cinq sens qui nous renseignent sur ce qui se passe autour de nous et ce sont les sensations perçues qui font naître l'idée.

La nouvelle de la mort a été transmise à la mère par la parole ou l'écriture ; c'est par cette voie qu'a eu lieu l'apport centripète initial qui éveille la représentation mentale de la mort. Mais déjà nous voici en présence d'un

phénomène psychologique irréductible. Vouloir l'expliquer physiologiquement, c'est s'attaquer au problème de l'âme, montrer comment une vibration cellulaire corticale provoquée par l'excitation sensorielle peut se transformer en une pensée, en l'image mentale de la mort. La tentative me paraît tout au moins prématurée.

Les mêmes considérations s'appliquent au sentiment qui succède à cette représentation mentale, à la tristesse qu'elle engendre. Elle a sa source dans la mentalité du sujet. Il y a des mères qui ne verseront pas une larme, d'autres chez qui l'émotion se manifestera d'une toute autre manière, par la pâleur, la lipothymie, la crise hystérique.

L'origine de tout ce désordre est bien psychique, morale, et je ne vois pas pourquoi une tristesse, en tant que phénomène psychique, ne pourrait pas succéder à l'idée de la mort.

Les partisans de la théorie physiologique refusent au « moi » la faculté de percevoir une émotion toute psychique ; ils veulent qu'elle soit un composé de sensations organiques. Je ne comprends pas en quoi cela simplifie le problème. Comment la constatation vague de pleurs, de palpitations, de dyspnée, se transforme t-elle en cette sensation « sui generis » qui s'appelle tristesse ? Pourquoi ne l'éprouvons-nous pas, au moins à un degré modéré, quand une fumée intense nous fait larmoyer et entrave notre respiration ? Pourquoi n'avons-nous pas le sentiment de honte quand l'inhalation du nitrite d'amyle nous rend cramoisis ?

Notre émotion est avant tout un état psychique. La représentation mentale initiale provoquée par des excitations périphériques éveille des associations toujours variables suivant la mentalité actuelle, innée ou acquise,

du sujet. C'est pourquoi la réaction varie d'un individu à l'autre et chez le même sujet suivant les dispositions du moment.

L'idée tout d'abord simplement cognitive, intellectuelle, froide, devient sentiment, émotion psychique. Demandez-moi pourquoi et comment, je vous répondrai : je ne sais pas. C'est une pétition de principe que de dire : parce qu'elle réveille des sentiments de crainte, de tristesse, de colère.

L'homme est ainsi fait qu'il a des sentiments comme il a des idées, ou plutôt, il n'a dans sa tête que des idées, les unes purement intellectuelles qui ne l'émeuvent pas, d'autres qui réveillant une série d'associations d'idées le troublent profondément.

Lorsque nous songeons à un sujet quelconque nous nous formons une opinion. Ce travail intellectuel, si intense qu'il soit, est exempt d'émotion. Subitement une association d'idées surgit ; d'un coup d'œil prompt nous avons vu que l'expression de cette opinion va soulever la colère d'un rival, amener la lutte. Nous voilà en présence de dangers et aussitôt nous éprouvons une série de sentiments. Ce sont ces sentiments qui pourront s'accompagner de larmes, de battements de cœur, de gestes, qui déchaînent l'orage émotionnel.

Sans doute si ce dernier manque totalement, s'il n'y a pas le moindre désordre physiologique, l'émotion manque ; il n'y a plus rien. Les partisans de la théorie physiologique arguent de ce fait pour mettre au premier plan ces réactions organiques. Mais ce n'est pas parce que nous n'avons pas senti nos larmes, constaté nos palpitations que l'émotion est absente ; c'est au contraire parce que nous n'avons pas été émus psychiquement, que nos yeux sont restés secs, que notre cœur a conservé son

rythme normal. Je veux bien que la constatation vague de ces désordres organiques très prompts à s'établir puisse réagir à son tour sur notre moi et contribue à renforcer l'émotion psychique, mais c'est là un phénomène secondaire.

Je suis étonné que les novateurs dont j'ai parlé aient été si peu circonspects dans l'expression de leur théorie. S'ils avaient simplement dit : l'émotion dont le sujet prend conscience comme celle que d'autres surprennent chez lui, est en partie due à la constatation vague des réactions physiologiques déclanchées par l'idée émotionnante, personne ne songerait à protester. Mais c'est aller trop loin que de dire que l'émotion n'est que le résultat de cette constatation.

En dernier ressort l'homme ressent l'émotion. Ce phénomène ultime est psychique, irréductible. Pourquoi naîtrait-il plus facilement parce que nous avons vaguement surpris les battements de notre cœur, les larmes de nos yeux ? Pourquoi ne succéderait-il pas directement, comme une idée à une idée, à la représentation mentale de la mort d'un être aimé ?

Prétendre qu'on pleure d'abord et qu'on s'émeut ensuite, c'est blesser, comme l'avouent naïvement nos auteurs, le bon sens, cette qualité maîtresse de l'intelligence.

Ce qui, à mes yeux, caractérise tout d'abord l'émotion c'est son origine idéogène. C'est ensuite l'irradiation de l'excitation sous d'autres sens, le réveil de représentations mentales antérieures, instinctives ou acquises, créant l'*émotion psychique*. A celle-ci succèdent les manifestations physiologiques de l'état d'âme, dont elles sont *le geste* toujours consécutif à l'idée.

Ces réactions physiologiques ne peuvent avoir lieu sans un nouvel apport centripète de sensations qui peuvent

devenir à leur tour angoissantes. Elles vont renforcer l'émotion psychique ; elles peuvent l'entretenir alors même que nous sommes déjà tranquillisés sur le fait qui a déclanché l'émotion première. De nouvelles émotions peuvent en résulter, telle celle de la honte, du dépit que nous éprouvons de nous être laissé dominer par la crainte, la colère. Toute cette succession de sentiments constitue notre vie psychique, et il est ridicule de vouloir expliquer tout cela par des réactions vasomotrices.

Mais, dira-t-on, certains mouvements émotifs naissent sans participation de l'idée, avec une rapidité telle qu'on serait tenté d'y voir un simple fonctionnement bulbaire, indépendant du moi pensant qui habite l'étage supérieur du cerveau.

En effet, il en est ainsi de la crainte sous toutes ses formes, de la timidité à la terreur. La peur est commune à tous les animaux même les plus inférieurs, chez lesquels nous ne pouvons admettre qu'une psychologie bien restreinte.

C'est que la peur, à condition qu'elle ne dépasse pas certaines limites, est une émotion éminemment utile. C'est le cri d'alarme des sentinelles qui viennent d'apercevoir quelque danger. L'émotion psychique s'empare alors du corps de garde et elle se traduit par le branlebas de combat, par les réactions motrices. Ce sont ces manifestations dernières que constatent les assistants, ce sont elles aussi qui, perçues par les soldats eux-mêmes, vont les mettre dans une agitation croissante, ajouter encore à leur émoi.

Cette sensibilité, cette émotivité spéciale de la crainte est si nécessaire à la défense de l'organisme, qu'elle est devenue plus machinale et qu'elle semble pouvoir rester confinée dans les centres bulbaires ou cérébraux infé-

rieurs sans passer par le moi pensant. C'est une économie de temps, mais cette émotivité reste encore si bien attachée aux représentations mentales qu'elle cesse aussitôt, chez l'homme et chez l'animal supérieur, dès qu'il reconnaît l'inanité de ses craintes. L'enfant n'a plus d'émotion quand il reconnaît enfin son frère sous un déguisement quelque peu effrayant, quand il voit son ami jouer tranquillement avec un chien qui lui faisait peur. Il ne craint pas d'entrer dans une chambre parce qu'elle est obscure, mais parce qu'il a la représentation mentale d'un danger. Il a peur et se sauve.

La répétition d'un mouvement émotif facilite sa reproduction automatique et plus la réaction se cantonne dans les centres inférieurs, plus elle échappe au contrôle du moi psychique. C'est un peu ce qui se passe dans une usine où le directeur prend tout d'abord connaissance de tout, des événements les moins importants. Peu à peu il s'en désintéresse et abandonne certaines besognes à ses fidèles employés. Il oublie presque qu'elles s'accomplissent et cependant il n'a pas abdiqué ; c'est toujours lui qui dirige.

On peut parfois saisir cette transformation d'une émotion psychique dans un phénomène d'apparence purement réflexe.

Un médecin, que je soignais, souffrait d'un état mélancolique dans lequel dominaient les craintes au sujet de sa position dans l'avenir. C'était avec une émotion poignante qu'il ouvrait le journal qui devait lui annoncer une importante nouvelle. En même temps il éprouvait un tremblement dans les extrémités inférieures.

Cette émotion se renouvela chaque jour pendant des semaines. Peu à peu cependant des réflexions tranquillisantes survinrent ; le malade put lire le journal avec

calme tout en y cherchant la nouvelle qui l'intéressait. C'est curieux, me dit-il un jour, je n'ai plus conscience d'une émotion psychique ; il me semble que je me suis reconquis et que je suis devenu indifférent à cette question qui m'avait tant troublé. Et pourtant, au moment où l'on m'apporte le journal, je ressens immédiatement le tremblement dans les jambes !

L'émotion psychique existait encore certainement. Ce journal n'agissait pas en tant que feuille de papier ; il ne pouvait émouvoir que par la représentation mentale de ce qu'il allait apprendre. L'émotion était encore idéogène, mais elle avait passé si souvent par les mêmes voies que le moi s'en était désintéressé ; il laissait agir les centres inférieurs. Il n'y a là qu'une sorte de distraction du moi pensant.

Le pianiste débutant touche les notes le sachant et le voulant, et son jeu est lent. Il ne joue facilement que quand le moi se désintéresse de ce mécanisme et remet à la moelle épinière, au bulbe, le soin d'assurer l'automatisme.

Si donc, par habitude individuelle ou instinct de race, l'émotion peut devenir subconsciente, se borner à un mécanisme bulbaire ou cérébral inférieur, il n'en est pas moins clair qu'elle est toujours idéogène dans son essence, puisqu'il faut la conscience plus ou moins nette d'un danger pour la produire. Supprimez l'idée du danger, le sentiment de crainte qui s'y attache, et vous coupez sûrement court au mouvement émotif.

Ces considérations n'ont pas seulement l'intérêt qui s'attache à toute étude psychologique, elles sont d'une grande importance dans le traitement du nervosisme. Les malades n'ont que trop une conception physiologique de l'émotion et sont tentés de la considérer comme une réac-

tion somatique de *leurs nerfs*. Ils oublient qu'une perception ne produit l'émotion que quand elle éveille des associations d'idées troublantes. L'impressionnabilité du sujet est mentale ; elle peut être diminuée par l'éducation.

Les névrosés présentent à un haut degré cette émotivité exagérée qui les rend incapables de supporter ce que la vie leur apporte. Les moindres événements sont pour eux des catastrophes, le plus minime insuccès les décourage. Ils ne se contentent pas de grossir les obstacles qui se dressent devant eux, de reculer à leur vue ; ils se créent des émotions bien réelles, hélas, en elles-mêmes, mais provoquées par l'imagination. Ils s'émeuvent d'un télégramme avant d'avoir pris connaissance de son contenu, lisent entre les lignes d'une lettre, assignent à un événement quelconque les causes les moins probables et les plus terribles.

Je suis frappé, chez mes malades, de cette inaptitude à voir les choses clairement, à classer suivant l'ordre de leur probabilité les suppositions qu'ils peuvent faire. Une lettre attendue n'est pas arrivée ; eh bien, ils ne songent pas que le temps écoulé est trop court pour avoir pu permettre la réponse, qu'il peut y avoir un retard fortuit, sans importance. Non, l'esprit va sans hésitation à l'hypothèse la plus effrayante, la moins probable : je n'ai pas de réponse, donc la personne est malade ; d'autres n'hésitent pas à dire morte, et l'orage émotionnel est déchaîné.

Beaucoup de gens se laissent impressionner par toutes les sensations qu'ils éprouvent. Tel désordre fonctionnel qui laisserait indifférente une personne bien équilibrée, leur fait peur. Sont-ils pris de battements de cœur, aussitôt ils ont peur d'une syncope imminente ; une sen-

sation de vertige leur fait craindre pour leur tête. Ils ont peur de toutes les maladies, souvent même peur de la peur. C'est si fréquent qu'on a imaginé le terme de phobophobie.

C'est le sujet lui-même qui évoque ainsi les spectres qui le terrifient et nous retrouvons ici cette suggestibilité humaine, cette crédulité qui renforce nos sensations, en crée même, et provoque par la simple conviction, accompagnée ou non d'émotion, des troubles fonctionnels, des réactions sensitives, sensorielles, motrices, vasomotrices, sécrétoires et trophiques.

J'ai dit que cette suggestibilité qui grossit la fatigue, décuple nos sensations, forme la base constante de nos émotions, est exagérée dans les psychonévroses. C'est vrai si l'on compare la réaction du malade à celle d'un homme sain en face du même effort, de la même sensation, de la même émotion, et tous les jours le médecin peut et doit montrer à son malade combien ces réactions dépassent les limites normales.

Mais en envisageant la suggestibilité d'une manière plus générale, je suis pris d'une bienveillante indulgence pour les névrosés et je les trouve plus excusables que l'homme sain.

Songez-y donc ! La plupart des hommes sont assez suggestibles, assez crédules, disons le mot, assez niais, pour accepter en quelques secondes la suggestion du sommeil, en plein jour, à un moment où ils n'ont aucun besoin de repos. Nous les voyons, sous l'influence du suggestionneur, devenir de véritables marionnettes ; on les rend cataleptiques, on insensibilise leur surface cutanée, leurs viscères même ; on produit chez eux le dédoublement de la personnalité, on les amène à des états délirants. Songez à la superstition qui règne encore dans toutes les couches

sociales, à la difficulté qu'éprouvent la plupart des gens à opposer à leurs craintes la raison sereine.

Y a-t-il lieu de s'étonner si les névrosés croient à la réalité de leurs sensations, c'est-à-dire ne doutent nullement des relations de cause à effet qu'ils ont établies, souvent à la suite d'expériences prolongées, entre deux phénomènes successifs ?

C'est toujours l'irrationnalisme, l'absence d'esprit critique qui nous entretient dans l'erreur. Le lutin malicieux qu'est l'autosuggestion se mêle à notre vie de tous les jours.

Il n'y a pas de moments dans notre vie où nous soyons sûrs d'échapper à cet esclavage vis-à-vis de nos représentations mentales. Bernheim a très bien dit : Tout n'est pas suggestion dans ce monde, comme on me l'a fait dire, mais il y a de la suggestion dans tout.

Si l'on a bien saisi cette puissance de l'idée, on s'aperçoit que des quatre stigmates mentaux que j'ai attribués aux psychonévroses, la suggestibilité constitue la tare la plus marquée. C'est elle qui exagère la fatigabilité, la sensibilité, l'émotivité. C'est cette crédulité, cette facilité à subir des impressions, à *croire que c'est arrivé*, qui caractérise les nerveux. Leur irrationnalisme est une faiblesse d'esprit qui, même lorsqu'elle n'est pas due à l'ignorance toujours pardonnable, peut coexister avec une grande intelligence. Ne soyons pas prodigues du reproche de bêtise adressé aux autres et souvenons-nous de notre propre faiblesse.

Mais, si je fais à l'autosuggestion la part si belle dans le développement des symptômes nerveux, je n'oublie pas qu'il n'y a pas de manifestations mentales sans travail cérébral et j'attribue une grande influence à la fatigue réelle qui succède aux émotions subies.

Le névrosé est en effet dans un cercle vicieux. Son état mental lui fait subir des impressions grossies, multipliées. Il en résulte une fatigue plus grande qui va exagérer encore l'impressionnabilité mentale.

N'oublions pas que la fatigue agit sur la disposition d'esprit, quelle crée les états d'âme pessimistes, et cela quelle que soit sa source.

La fatigue peut être due à trois causes.

Elle peut résulter de l'exercice physique. En général cette fatigue-là n'est pas dangereuse et il faut qu'elle soit poussée à l'extrême pour aboutir à l'épuisement, pour qu'elle fasse naître ces états psychopathiques que signalent Tissié et Féré. Elle est saine, cette bonne fatigue physique, elle fait battre le cœur plus énergiquement, elle accélère la respiration, l'oxygénation du sang, la transpiration ; elle favorise la dépuration organique. Enfin, avec tous ces avantages, elle n'est pas à craindre, parce que, la paresse étant naturelle, nous cessons le travail bien avant qu'il ait pu être fâcheux. Le sport reste recommandable, quoiqu'on en ait exagéré la valeur.

La fatigue causée par le travail intellectuel est moins hygiénique ; il exige la vie sédentaire, la position assise ; il refroidit les extrémités en portant le sang à la tête. Cette activité mentale est nécessaire, utile pour notre développemnt intellectuel et moral. Nous devons être des hommes et non pas des athlètes et notre supériorité doit être mentale. Encore ici, ce qui nous sauve c'est notre sainte paresse ; elle nous empêche le plus souvent de nous surmener dangereusement et, pour ma part, je n'ai pas encore vu des névrosés qui pussent attribuer leur état au simple surmenage intellectuel. En somme ce qui fatigue le moins, c'est le travail, a dit très bien Mme Schwetchine.

Par contre le travail intellectuel devient désastreux, quand il est doublé d'inquiétude, comme le remarque Déjerine [1].

Alors il s'y joint un élément émotionnel, passionnel, et c'est dans l'émotion qu'il faut reconnaître la cause la plus fâcheuse de la fatigue nerveuse. Elle n'a pas d'avantages, elle n'est jamais utile, cette fatigue-là. Elle est nocive au premier chef, et c'est celle que nous subissons le plus souvent.

Sans doute il nous est impossible d'éviter complètement et toujours cette fatigue émotionnelle. Nous subissons dans la vie des malheurs, des contrariétés très vives, auxquels nous ne pouvons pas toujours opposer un stoïcisme imperturbable. Mais les catastrophes n'arrivent pas tous les jours ; si malheureux qu'on soit, on a des moments de répit qui permettent à l'organisme de retrouver ses forces.

Mais songez à ce qu'il advient quand le sujet est doué, par nature et par éducation, d'une impressionnabilité maladive, qu'il est un « écorché moral » qui ressent de la douleur au moindre frôlement.

Dans cette hyperesthésie morale, il subit tous les jours des émotions, il est accablé par des malheurs qui, pour être imaginaires, n'en ont pas moins toutes les conséquences fâcheuses des mouvements émotionnels.

Une émotion fatigue plus l'organisme et particulièrement le système nerveux que le travail physique ou intellectuel le plus intense. Il suffit de la terreur, de la colère, pour provoquer la sidération, pour amener la syncope, la paralysie des jambes, pour engendrer la folie. La simple mauvaise humeur causée par ceux qui nous entourent

1. *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*, Paris, 1886.

peut nous enlever tout entrain, toute énergie. Et, remarquons-le bien, si la conduite des autres a été l'occasion de notre émotion, c'est bien nous qui l'avons créée par notre façon de réagir.

D'autre part une bonne parole, une réconciliation, une réflexion optimiste, peuvent nous rendre la puissance. Mais, si rapide que puisse être cette guérison, nous sentons combien a été profonde la perturbation psychique et organique que nous avons laissée s'établir.

Il me semble que, sous l'influence de l'absurde dualisme cartésien, on a trop mis en opposition le corps et l'âme. C'est à un monisme beaucoup plus complet qu'il faut revenir. Il n'y a pas de phénomènes somatiques, si petits qu'ils soient, qui restent sans influence sur notre mentalité, et surtout il n'y a pas de mouvement d'âme sans retentissement sur l'organisme.

Nous ne surprenons chez nous et chez les autres que les phénomènes les plus apparents. Aussi voyons-nous les émotions si diverses s'exprimer par des phénomènes identiques de rougeur, de pâleur, des gestes communs. Nous voyons les larmes accompagner le rire comme le sanglot. Ce sont là les réactions grossières, macroscopiques. Mais il y a des phénomènes plus délicats, moins visibles, qui, sous l'influence de l'idée, se passent dans l'intimité de nos tissus. C'est cette psychophysiologie microscopique qu'il faut étudier en pathologie mentale.

Supprimez par une saine philosophie de vie, par l'hygiène morale, cet élément toxique de l'émotion et vous aurez débarrassé la fatigue physique et intellectuelle du plus gros de son influence nocive.

Chez tous mes malades, j'ai retrouvé l'influence des émotions, des inquiétudes, des mouvements passionnels. Partout j'ai dû reconnaître la cause première du mal dans

la mentalité innée du sujet, dans les particularités de son caractère insuffisamment combattues par des convictions claires, raisonnées. Je ne puis pas traiter mes malades sans recourir à la psychothérapie.

Du reste les sujets eux-mêmes ne font aucune difficulté pour reconnaître ces vérités, mais ils se retranchent derrière l'impossibilité de réformer leur tempérament. « C'est plus fort que moi, j'ai toujours été comme cela » : voilà leur réponse habituelle.

Oui, je le sais, nous gardons toute notre vie notre tempérament comme nous conservons nos tares physiques. Mais nous pouvons le modifier grandement par l'éducation de nous-mêmes. Nos déformations physiques sont souvent définitives, mais notre mentalité est toujours malléable. De notre tempérament inné, nous devons faire un caractère acquis. C'est notre tâche à tous, que nous soyons malades ou bien portants.

TREIZIÈME LEÇON

Psychasthénie des névrosés ; elle est native et non acquise. — Absence de limites entre l'état mental normal et la folie. — Formes cliniques des psychonévroses. — Neurasthénie ; son stigmate caractéristique : la fatigabilité, physique, intellectuelle et morale. — Exagérations ; contradictions révélatrices. — Instabilité mentale. — Symptômes somatiques dus à la fatigue.

J'ai montré qu'on retrouve chez les névrosés certaines particularités mentales qu'on peut appeler, en raison de leur constance, des stigmates. Cet état mental n'est pas secondaire, consécutif aux divers troubles fonctionnels des organes de la vie végétative, comme on le croit trop souvent. Le défaut mental est au contraire primaire et c'est par la voie des représentations mentales, des autosuggestions engendrant des mouvements émotionnels, que le sujet crée les multiples désordres fonctionnels, les entretient ou les aggrave. Ces stigmates sont l'indice d'une débilité et, comme je l'ai dit, ces psychonévroses rentreraient de droit dans le cadre des psychopathies.

Cette psychasthénie est toujours native par le fait de l'hérédité qui a ébauché notre cerveau et, à ce point de vue, il n'y a pas lieu de reconnaître des psychonévroses acquises, nées plus ou moins rapidement sous l'influence du surmenage, des émotions, des traumatismes, d'altérations lentes des organes provoquées par des tendances diathésiques ou des intoxications.

Sans doute nous voyons souvent des malades qui

affirment avoir joui autrefois d'une bonne santé et font remonter le début de leur mal à une date précise. Mais, si l'on se donne la peine, dans des conversations longues et répétées, de scruter le passé mental des malades, d'analyser leur état d'âme antérieur, on ne tarde pas à reconnaître qu'ils ont présenté, bien avant l'éclosion du mal actuel, les stigmates mentaux des névrosés et que l'événement ayant provoqué les accidents aigus n'a été que la goutte d'eau faisant déborder le vase.

Tantôt ce sont déjà des troubles fonctionnels dont on apprend l'existence dans le passé : le malade a été migraineux, a dû suspendre ses études, il a eu des accidents dyspeptiques, de l'entérite ; il avait facilement de l'insomnie. Chez beaucoup de ces sujets on surprend une sensibilité anormale, la tendance aux pleurs ou bien le développement précoce des instincts sensuels, dès les premières années de l'enfance. Souvent, après avoir affirmé d'abord qu'il a toujours joui d'une bonne santé, le malade vous avoue une crise caractéristique de nervosisme, de neurasthénie, que, tout entier à la contemplation de son mal actuel, il a oublié de mentionner. Mais surtout, en faisant la connaissance de la personnalité du sujet, vous retrouverez la prédisposition mentale, caractérisée par un certain illogisme, par la tendance aux conclusions hâtives, par un manque de jugement, source féconde d'autosuggestions maladives.

Les malades font parfois cette analyse d'eux-mêmes avec plus de rapidité que le médecin. La plupart suivent en tout cas avec la plus grande facilité cette dissection de leur moi mental, et concluent avec inquiétude : « Mais c'est donc d'une faiblesse d'esprit que je souffre avant tout ! »

Ne craignez pas de dire : oui ; mais n'en restez pas à

cet aveu sans commentaires qui serait à la fois blessant et décourageant pour le malade. Il faut qu'il sache que nous sommes tous, dans un domaine ou dans l'autre, des débiles mentaux, que personne ne peut se flatter de posséder l'équilibre complet. Nous avons tous une intelligence fragmentaire et, si brillantes que puissent être les qualités de notre esprit, nous retrouvons toujours, dans quelque recoin de notre âme, une faiblesse, une tare rebelle, vis-à-vis de laquelle notre raison reste souvent impuissante.

Entre l'état que nous appelons normal et la folie confirmée il n'y a pas de limite précise. Il est impossible de faire des états pathologiques de l'esprit des entités morbides, de les classer, suivant leur symptomatologie, dans des compartiments nettement séparés les uns des autres. Il y a au contraire fusion des teintes comme dans un dégradé photographique qui passe du blanc éclatant au noir le plus foncé. Aucun de nous ne peut prétendre à prendre place dans cette zone de blanc pur qui représente la santé idéale, inaccessible ; nous sommes tous dans le blanc sale, dans le gris clair. Le névrosé qui nous consulte peut être tranquille : il n'est pas si loin de nous qu'il le pense. Tendons-lui donc la main, à ce pauvre malade, ne craignons pas de lui avouer avec franchise nos faiblesses, nos tares innées, rapprochons-nous de lui. Sachons aussi reconnaître ses qualités, les lui montrer, apprenons-lui à faire un inventaire optimiste de sa mentalité. Alors il reprendra courage ; le spectre de la folie, qui le hantait déjà, s'évanouit. Il ne craint plus dès lors de constater sa faiblesse d'esprit relative, puisqu'il se sent en si nombreuse et si bonne compagnie. Malades et médecins nous pouvons nous donner la main, car nous avons tous une tâche commune qui est celle de recon-

naître nos continuelles défaillances et d'y remédier par la persévérante culture de notre moi intellectuel et moral.

J'insiste à dessein sur ce fait que les stigmates mentaux que j'ai énumérés sont communs à toutes les psychonévroses. Mais il y a dans cette classe des formes cliniques distinctes qui comportent un pronostic quelque peu différent et, tout en continuant à signaler les caractères communs, nous devons envisager séparément la *neurasthénie*, l'*hystérie*, l'*hystéroneurasthénie*, la *classe des dégénérés ou déséquilibrés*, enfin les formes plus sévères de l'*hypocondrie* et de la *mélancolie* qui empiètent déjà sur le terrain de la psychiatrie proprement dite.

La neurasthénie est la plus bénigne de ces psychonévroses. C'est elle qui se rapproche le plus de l'état dit normal. Pour Mœbius elle est le germe originel d'où peuvent dériver, par développement ultérieur, soit chez le même individu, soit dans sa descendance, l'hystérie, l'hypocondrie, la mélancolie, l'aliénation.

Je reconnais qu'on peut suivre dans certaines familles cette dégénérescence progressive et qu'on retrouve souvent la neurasthénie dans l'arbre généalogique des aliénés ou inversement la folie dans les ascendants des neurasthéniques. Il y a un lien entre ces différentes affections. Je l'ai suffisamment reconnu en définissant les psychonévroses. Je sais aussi que la neurasthénie, même légère au début, peut n'être que le prodrome d'une affection plus grave et évoluer, malgré tous nos efforts, vers l'aliénation. Mais je suis encore plus frappé de la bénignité que présente ce mal, même dans les formes qui paraissent sévères au début. La neurasthénie est au bas de l'échelle psychopathique, dans le gris du dégradé, aux confins du gris clair où nous sommes tous.

On retrouve chez les *neurasthéniques* tout l'ensemble des stigmates mentaux, mais le défaut capital me paraît être la *fatigabilité*, l'épuisement facile. Le mot même de *neurasthénie* l'indique et le terme de *faiblesse irritable*, usité autrefois, caractérise parfaitement l'état habituel de ces malades.

Il en est qui manifestent, dans tous les domaines de l'activité, cette insuffisance de leur capital d'énergie. Alors même qu'ils jouissent d'un embonpoint normal, qu'ils sont jeunes, bien musclés, exempts d'anémie, ils se plaignent avant tout de leur faiblesse, de leur asthénie. Ils ne peuvent supporter la station, la position assise, la marche. Parfois ils se ressaisissent, se mettent à marcher, à faire de la bicyclette, voire même de l'équitation, mais ne leur demandez pas la continuité de l'effort ; ils s'épuisent aussitôt, surtout si la tâche leur est imposée par des tiers. Il en est qui s'affaissent au bout de quelques minutes, qui se couchent par terre et ne retrouvent pas même la force de regagner leur lit ; il en est enfin qui ne quittent plus leur couche.

Si, comme il arrive souvent, cet état s'accompagne de troubles de fonctions viscérales, de dyspepsie gastro-intestinale, de battements de cœur, d'insomnie, vous avez l'impression d'être en présence d'un mal tout somatique, d'une amyosthénie motivée par la dénutrition même. S'il s'agit d'une dame, le gynécologue incriminera la rétroflexion, la métrite qu'il constate. Le spécialiste des maladies de l'estomac ne verra que dilatation, que ptose, qu'entérite et colite muco-membraneuse. Le savant qui voit de haut, mais du sommet d'une tour d'où le regard n'embrasse pas tout l'horizon, parlera de goutte, de rhumatisme, d'arthritisme ou d'herpétisme, de cholémie.

Mais l'asthénie ne se borne pas à cette faiblesse mus-

culaire d'apparence physique. Le malade est au point de vue intellectuel ce qu'il est en face de l'existence musculaire. Il ne peut pas lire longtemps, il ne peut fixer son attention. Le moindre effort entraîne des maux de tête, des névralgies, des insomnies. Cette fatigue trouble les digestions, provoque des palpitations, fait naître les sensations les plus étranges, rend le caractère irritable et triste. Car nous retrouvons maintenant dans le domaine moral la même asthénie. L'insuffisance de potentiel se manifeste dans le fonctionnement de tout l'être ; l'impuissance est physique, intellectuelle et morale.

Et toujours, malgré le caractère si nettement psychique de bien des désordres, c'est sur l'abdomen qu'on fixe ses regards, c'est là que s'élaborent les *humeurs peccantes* (l'ombre de Sganarelle vient de passer devant mes yeux) qui altèrent le fonctionnement cérébral. Et l'on décrit avec complaisance des neurasthénies génitale, gastrique, hépathique, artério-scléreuse, goutteuse, arthritique ; on mesure la tension artérielle et on classe les névrosés en hypotendus et hypertendus. La liste de ces qualificatifs deviendra interminable si l'on continue à prendre des agents provocateurs, des affections concomitantes pour des causes premières, aussi longtemps que l'on persistera à voir dans les psychonévroses des maladies somatiques dans le sens le plus étroit du mot.

Tout change d'aspect et devient plus clair aussitôt que l'on reconnaît l'influence de la prédisposition native, de la mentalité innée et acquise.

Sans doute elle est physique dans son essence cette débilité mentale, car qui dit constitution mentale dit aussi structure cérébrale. Le défaut peut même être d'origine humorale, car l'état du sang peut influer sur notre mentalité. Mais il est certain que nous n'avons pas

encore la moindre idée de ces altérations structurales ou chimiques qui modifient notre moi pensant et sentant. C'est une conception enfantine que d'en chercher l'origine dans un simple trouble du fonctionnement de nos organes splanchniques, de tout ramener à des phénomènes chimiques de nutrition retardante, à l'anémie, à la pléthore, à l'insuffisance de la fonction hépatique. Ce sont là des illusions de gens de laboratoire qui, ayant découvert une petite vérité chimique, prennent pour pierres d'angle les grains de sable qu'ils ont apportés à l'édifice. On oublie l'abîme qui sépare la physiologie, même moderne, de la clinique, la théorie toujours précaire, de la pratique.

On n'est pas neurasthénique comme on est phtisique, urémique, cardiaque, mais on l'est comme on est paresseux, indécis, timide, irritable, susceptible. Dites-moi donc quel chimisme organique explique ces particularités de notre être psychique ! Quelle est donc la toxine qui fait d'un poète de génie un sadique ou un inverti ? Rend-on l'énergie à un aboulique en lui injectant des glycérophosphates, en lavant son sang par des eaux minérales, en faisant contracter ses vaisseaux cutanés par une douche froide, en le nourrissant presque exclusivement de pâtes ? Non ! Il s'agit là d'états d'âme, de particularités psychiques. Elles peuvent être entretenues, aggravées, je le sais, par des influences toutes somatiques ; c'est là l'influence bien connue du physique sur le moral, mais elles peuvent céder également aux efforts éducatifs.

J'ai dit, qu'en vertu du parallélisme psychophysique, cette influence, toute morale qu'elle soit dans son origine, doit être envisagée du même coup comme matérielle, mais elle mérite le nom de psychique parce que la guérison cérébrale est amenée non par de grossiers antidotes

physico-chimiques, mais par la voie puissante des représentations mentales. L'impulsion thérapeutique est idéogène et non somatogène.

Quels sont les faits qui amènent le médecin non pas à nier l'existence de l'asthénie physique, intellectuelle et morale, mais à lui attribuer des causes psychiques, à admettre l'intervention des autosuggestions d'impuissance? C'est tout d'abord l'exagération même de cette asthénie. Le malade le plus affaibli, le convalescent le plus émacié n'arrivent pas à des états d'épuisement aussi complets. Il y a des neurasthéniques qui, à la consultation, s'affalent sur le fauteuil, se laissent aller des quatre membres. A les voir on se croirait en face d'un malade en pleine lipothymie, d'un organisme exsangue. Pourtant le pouls est bon, régulier et de fréquence normale ; la respiration est normale ou un peu suspirieuse par suite de l'angoisse ; la peau conserve sa coloration normale ; les muscles sont bien développés ; il n'y a pas trace de paralysie. L'impuissance de l'homme jure avec l'intégrité de la bête. C'est en une seconde que le médecin surprend cette disproportion, pour peu qu'il sache voir, coordonner ses rapides observations et asseoir sur elles un jugement dont la promptitude ne compromet nullement la justesse. Il y a, malheureusement, des médecins qui n'ont pas ce coup d'œil et qui se laissent tromper par les apparences. J'ai vu des malades qui m'ont été amenés avec précipitation, sur le conseil du médecin, par l'hôtelier qui craignait un décès dans son établissement. J'ai pu les laisser se reposer tranquillement avec la certitude absolue qu'ils ne passeraient pas de vie à trépas.

L'exagération est la même pour la fatigue cérébrale et celle des organes des sens. On la retrouve dans l'asthénopie des neurasthéniques, dans leur incapacité de lire,

de fixer leur attention. Comment croire à la réalité d'une asthénopie chez une malade qui se déclare incavpable de lire une seule ligne d'un journal et qui, quand il s'agit de se procurer quelque bien-être, voit tout ce qu'elle désire, de près et de loin, écrit même des lettres ?

Enfin nous retrouvons l'idée d'impuissance dans le domaine moral, et la futilité des motifs de découragement marque l'exagération de la réaction. Que dire de ces névrosés qui font une scène de désespoir parce que leur lait leur a été apporté cinq minutes trop tard, qui restent renversés sur une chaise, convulsés, parce que leur médecin habituel leur a fait une visite sans être annoncé ; cette émotion a suffi pour les mettre dans un état de sidération nerveuse ! Souriez avec beaucoup de bienveillance auprès de ces malades, mais, croyez-moi, ne vous effrayez pas !

On surprend aussi chez la plupart des névrosés des contradictions révélatrices. Alors qu'ils viennent de vous déclarer qu'ils sont incapables de faire tel ou tel effort, ils en font un tout au moins égal, sinon supérieur. C'est le cas de ce médecin qui, se croyant totalement épuisé, me trace aussitôt une courbe ergographique qui dépasse la moyenne.

Une de mes malades présentait au grand complet ces contradictions ; l'impuissance .motrice ne s'établissait chez elle que dans le groupe musculaire auquel elle destinait l'influx volontaire et disparaissait aussitôt quand le mouvement s'exécutait inconsciemment. Ainsi, lorsque je la priais de s'asseoir sur son lit, elle se bornait à soulever sa tête de quelques centimètres en disant : Je ne peux pas. Elle ne faisait aucun effort pour soulever le tronc et il ne fallait pas insister : l'impuissance grandis-

sait alors, la figure devenait maussade et des larmes perlaient à ses paupières.

Il suffisait alors de la soulever un peu, de l'aider d'une main pour qu'elle pût s'asseoir. L'examen terminé, elle se recouchait sans se laisser tomber, en s'inclinant lentement en arrière, graduellement, soutenant ainsi un effort musculaire au moins équivalent à celui qu'on avait en vain exigé d'elle auparavant. Si je l'engageais à fléchir l'avant-bras sur le bras, elle ne pouvait pas et ne réussissait qu'à fléchir la main sur l'avant-bras. Mais, quand je lui commandais d'élever le bras, l'impuissance suggérée passait au moignon de l'épaule et, sans s'en apercevoir, la malade facilitait ce mouvement, par la flexion de l'avant-bras sur le bras, qu'elle n'avait pu exécuter auparavant.

Tout mouvement commandé restait impossible aussi longtemps que l'attention était fixée sur les masses musculaires dont on attendait la contraction. Il devenait immédiatement facile si l'attention se portait sur un autre groupe musculaire.

Dans un cas que me signalait M. le professeur Déjerine, une de ses malades ne pouvait se servir de ses bras pour le plus minime travail, elle ne pouvait soulever le moindre objet et ses bras retombaient comme paralysés. Or cette même malade exécutait sans peine le mouvement fatigant d'élévation des bras qu'exige la coiffure. Pourquoi ? Parce qu'elle avait une hyperesthésie du cuir chevelu et ne voulait pas se laisser coiffer par sa femme de chambre ! Cette crainte suffisait à dissiper l'amyosthénie.

J'ai surpris chez quelques malades une autre contradiction. Elles se disaient incapables de mettre le pied en flexion dorsale et en effet l'influx volontaire semblait ne

pas aboutir. J'électrisais alors le tibial antérieur avec le courant faradique provoquant une contraction rythmique toutes les deux secondes. Tout à coup je cessais de presser sur le bouton et la malade continuait ses flexions dorsales sans le secours du courant. Un électrothérapeute orthodoxe verra dans ce fait la preuve d'une action dynamogénique des courants induits. Eh bien, non ! Il me suffit de rendre la malade attentive au phénomène, de lui montrer qu'elle avait été surprise en flagrant délit, pour supprimer à tout jamais cette conviction d'impuissance créant l'impuissance.

Telle de vos malades qui vous dira ne pas pouvoir supporter la marche, dansera toute une nuit, sans même s'apercevoir de la disproportion des deux efforts musculaires.

Même contradiction au point de vue intellectuel.

Une de mes malades, jeune femme intelligente, me déclare être incapable de donner à ses enfants une leçon d'un quart d'heure. Elle voudrait se consacrer à cette tâche, mais au bout de peu d'instants elle est prise, dit-elle, de maux de tête. J'accepte sans objection le fait qu'elle me signale. Le lendemain, quand je lui demande ce qu'elle fait quand elle passe ses journées au lit : Eh bien, je lis toute la journée, répond-elle ingénument ! Je souris et la malade rougit aussitôt, car elle voit tout à coup la contradiction qui ressort de ces deux assertions successives.

J'ai vu des hommes autrefois énergiques, travailleurs, tomber dans un épuisement intellectuel complet. Leur impuissance paraissait si réelle que je ne voyais pas d'autre solution que des vacances immédiates. Mais c'était impossible dans l'occurrence ; il fallait persister. Eh bien, j'ai pu, dans ces cas, en une heure de conver-

sation amicale, dissiper ce découragement, cette débilité plus morale que physique, cette psychasthénie. J'ai vu ces malades reprendre leur travail qui semblait impossible et le mener à bien.

J'observe des malades qui ne peuvent pas lire, non parce qu'ils ne peuvent fixer leur attention sur un sujet donné, mais parce que les lettres dansent devant leurs yeux. Cette asthénopie disparaît quand ils écrivent, non pas seulement quand ils griffonnent une lettre, mais quand ils font un travail de rédaction ardu. Il faut pourtant bien lire ce qu'on écrit et il y a triple fatigue dans ce travail : cérébrale, oculaire, musculaire, tandis que la lecture distraite d'un fait divers paraît facile.

Je ne dis pas que tous les neurasthéniques montrent ces contradictions révélatrices. Il en est beaucoup chez lesquels l'incapacité paraît plus régulière, ce qui ne veut nullement dire qu'elle soit plus réelle. Mais il est presque toujours possible, par une analyse attentive, de dégager le noyau de fatigue vraie de la gangue des autosuggestions. Le médecin peut, en suggérant des mouvements variés, en détournant l'attention du malade, en l'observant à son insu, le surprendre en flagrant délit de simulation inconsciente, pourrais-je dire.

Et dans les troubles dyspeptiques combien de contradictions que souvent le malade note lui-même en disant : Un jour je supporte un repas copieux, le lendemain je souffre malgré le soin que j'ai mis à prendre des aliments légers.

Il n'est pas rare que des maux de tête disparaissent par le fait d'une distraction, d'une visite agréable, alors même que le malade craint avant tout la fatigue des conversations.

La nature mentale de diverses impuissances est parfois

dévoilée par l'étrangeté des causes qui les font naître ou les aggravent.

Un de mes malades qui depuis douze ans ne pouvait se tenir debout longtemps, pouvait encore passer d'une chambre dans une autre, mais ses jambes se dérobaient sous lui si la poignée de la porte ne cédait pas facilement à sa pression.

Il n'y a aucun lien matériel entre cette difficulté d'ouvrir une porte et la station. Mais le malade trouve sur son chemin un obstacle qui pourrait prolonger la station debout, et comme il a la phobie de cette position, les jambes refusent leur service.

Un autre, atteint de neurasthénie à forme mélancolique, me signalait tout particulièrement sa sensibilité à la lumière et me disait : Quand je suis à la fenêtre et qu'un rayon de soleil éclaire mon livre, je me sens bien, heureux, dispos, mais si un nuage passe sur le disque solaire, je retombe dans mon état d'angoisse.

Et ce malade admettait que c'était la suppression des rayons solaires qui agissait physiologiquement sur lui. Nullement, lui dis-je. C'est par la voie de l'esprit que s'établissent ces réactions. Il y a dans notre entendement des associations d'idées toutes faites comme soleil-gaîté, ciel gris-tristesse. C'est ce groupe déjà binaire d'idées qui intervient dans le mécanisme mental. C'est si vrai que vous reconnaissez que vous lisez aussi en toute liberté d'esprit quand vous vous êtes mis d'emblée à l'abri des rayons solaires, à l'ombre du mur. Ce n'est que l'idée du nuage qui projette son ombre dans votre âme.

Un malade qui se montrait assez sceptique au sujet de mes théories sur l'intervention de l'idée dans nos sensations me disait un jour : Je vous citerai demain un phénomène qui se passe chez moi et je serais bien étonné

que vous puissiez y découvrir une influence psychique.

Le lendemain il me racontait ce qui suit : J'ai dû, il y a quelques années, faire un travail de jardinage et en particulier transporter des géraniums en pots dans une autre plate-bande. A la suite de ce travail, je fus pris d'une constriction angoissante dans la région de l'estomac. Je découvris bientôt la raison de cette étrange sensation. C'était le rouge des géraniums qui la provoquait et j'en eus dès lors la preuve certaine. Toujours le rouge vif me produit cet effet et la réaction est tellement proportionnée à l'intensité du rouge que si je prends un livre à tranche rouge, la sensation est au maximum quand le livre est fermé et elle décroît si je diminue l'intensité en le feuilletant !

Mon cher monsieur, lui répondis-je, vous ne pouviez pas me fournir un exemple plus typique d'autosuggestion pure, basée sur une conclusion hâtive. J'accepte le fait que vous avez éprouvé cette constriction à l'épigastre. Pourquoi, je n'en sais rien. Je ne puis analyser tout ce qui s'est passé ce jour-là. Peut-être est-ce la fatigue physique qui vous a troublé, l'attitude de flexion du tronc ; peut-être avez-vous mangé quelque chose qui vous a fait mal. Que sais-je ? En tout cas ce n'est pas le rouge qui peut en lui-même impressionner vos organes et motiver cette sensation. Le fait que dès lors le rouge a toujours agi de la même manière ne prouve rien. Vous étiez sous le coup d'une autosuggestion et comme une représentation mentale crée la sensation aussi longtemps qu'elle n'est pas dissipée par une autosuggestion contraire, vous avez persisté dans votre érythrophobie. — Mais, objecta-t-il, les rayons rouges ont cependant des vibrations plus lentes que les rayons violets ! — Vous avez raison, mais vous n'employez pas au bon endroit vos notions de phy-

sique. La longueur d'onde des vibrations rouges explique leur faible action sur la plaque photographique, mais ne nous dit rien sur l'action que doivent avoir ces rayons sur votre estomac ou sur votre système nerveux. Vous êtes pris dans le filet de vos autosuggestions, filet que vous avez construit vous-même par des associations d'idées irrationnelles.

Il me regarda d'un air profondément sceptique, mais le lendemain il étalait sur son lit une grande toile rouge et il m'avouait que l'effet sur l'estomac avait disparu. Un jour cependant, je trouvai le malade désespéré ; il avait jeté au loin la toile malencontreuse. Il était repris, mais il m'annonça lui-même qu'il se rendrait maître de sa phobie, et il réussit pleinement.

On retrouvera la même logique défectueuse dans une foule de sensibilités anormales et il est plus utile pour le médecin de bien saisir ces phénomènes purement mentaux, que d'étudier par le menu le chimisme stomacal, de mesurer la force des malades au dynamomètre ou d'analyser leur urine au point de vue des divers coefficients d'excrétion.

C'est surtout dans le domaine moral que se montre bien la neurasthénie et qu'elle apparaît le plus nettement comme psychasthénie.

Le neurasthénique a le découragement facile, il doute de lui-même. Son état d'âme est instable ; il subit de continuelles variations, tantôt sous l'influence de causes intimes qu'il est impossible d'analyser, tantôt sous l'influence de la fatigue ou celle d'émotions diverses, réelles ou imaginaires.

Ce qui frappe surtout c'est l'insuffisance des motifs. Ce ne sont pas en général les événements tragiques, les grandes catastrophes qui déterminent les crises aiguës.

Souvent alors ces névrosés montrent une remarquable indifférence, peut-être parce qu'ils ont trop le regard fixé sur eux-mêmes. Ce sont les piqûres d'épingle qu'ils supportent mal, ces multiples petits déboires, ces contrariétés journalières dont la vie est semée.

Les uns sont indécis, abouliques, et la nécessité de prendre un parti dans une question sans importance les plonge dans un état d'angoisse mélancolique. Souvent des événements futiles motivent une crise de dépression et aussitôt le voile de tristesse s'étend involontairement non seulement sur l'événement présent, mais sur toute la vie. Un insuccès dans un petit travail suffit pour opérer ce changement brusque de la disposition d'esprit, et à propos d'un rien le malade se demande si la vie vaut la peine d'être vécue.

L'homme soi-disant normal peut éprouver des sensations analogues. Nous aussi, à l'occasion d'un ennui, nous laissons se dérouler trop loin le voile noir du découragement. Mais nous nous ressaisissons et nous retrouvons bientôt le sourire, quelque peu honteux de la facilité avec laquelle nous nous sommes laissés démonter. Parfois nous nous laissons aussi relever subitement par une autosuggestion futile, mais au moins bienfaisante, comme les fumeurs pour lesquels un cigare est un moyen de diminuer de moitié les peines et de doubler les plaisirs. Il y a de la psychasthénie dans cette facilité à se laisser consoler par un rien.

Le neurasthénique est encore plus mobile dans ce domaine de la tenue morale et c'est du côté pessimiste qu'il penche toujours. Chez lui le voile noir tombe très bas et il ne sait pas le relever par une réflexion consolante.

Certains neurasthéniques sont susceptibles au dernier

degré ; il y a en eux un élément de « moral insanity » et le reproche le plus bienveillant met à néant les bonnes résolutions qu'ils semblaient prendre. Souvent ils accusent durement leurs parents, leur femme, leurs amis, de les avoir arrêtés dans leur élan. Ils interprètent mal les avis de leurs supérieurs, lisent des reproches entre les lignes d'une lettre bienveillante ; ils se croient incompris, persécutés.

Le monde est plein de ces neurasthéniques instables, sensitifs, émotifs, qui perdent l'assiette à la moindre contrariété. Ils ne trouvent pas dans leur raison faible la force d'opposer à ces ennuis réels ou imaginaires un modeste stoïcisme. Beaucoup ne trouvent un soulagement que dans les boissons alcooliques, la morphine, la cocaïne, le chloral. Ces névrosés qui s'intoxiquent ne sont nullement des gens qui ont pris de mauvaises habitudes ; ce sont des psychopathes qui, physiquement et moralement, se sentent mal dans leur peau et ne reviennent à l'euphorie que sous l'influence du toxique.

Le suicide même est quelquefois l'événement terminal de la vie de certains neurasthéniques chez lesquels domine la fatigue de la vie. Ce n'est pas l'acte du mélancolique vésanique qui subit plus ou moins rapidement l'impulsion, c'est le suicide par découragement sous l'influence d'une souffrance morale momentanée, le suicide où le malade reviendrait vite à la résipiscence si la tentative avortait.

Il survient souvent à l'occasion des causes les plus futiles. Tel garçonnet se pend parce qu'il a manqué son examen ou qu'il craint une remontrance paternelle. Un autre, un médecin, se tue d'une douzaine de coups de canif dans le cœur, parce qu'il ne peut supporter une calomnie absurde répandue sur son compte, alors qu'à

la suite d'un procès son honneur a été reconnu intact et qu'il était soutenu par l'estime de ses parents et de ses amis.

En somme, ce qui caractérise le neurasthénique c'est avant tout sa mentalité. Les désordres fonctionnels qu'il éprouve n'ont rien de bien spécial et se présentent souvent chez les gens normaux. Mais, en vertu même de sa mentalité hypocondriaque, le neurasthénique voit gros et s'inquiète. Il est autosuggestible, sensible, émotif, mais ce qui domine chez lui c'est la fatigabilité. Elle est en grande partie autosuggérée, dépendante de l'état d'âme pessimiste, mais elle est aussi réelle et toujours aggravée encore par la fatigue émotionnelle qui résulte des préoccupations. C'est à cette fatigue que j'attribue, sans exclure l'intervention toujours possible des autosuggestions, certains phénomènes douloureux, ces maux de tête fréquents, ces rachialgies des neurasthéniques qu'on pourrait appeler *des maux de tête dans le dos*. Ces phénomènes peuvent être aussi justiciables des moyens purement moraux ; j'en ai vu de nombreux exemples, mais ils cèdent plus vite si l'on tient compte de l'élément fatigue et si l'on joint au traitement psychothérapique le repos, l'alimentation, le massage, tous les moyens physiques propres à fortifier l'organisme.

Mais tout en reconnaissant dans la neurasthénie des symptômes corporels justiciables, dans une certaine mesure, d'un traitement hygiénique, j'insiste sur le caractère psychasthénique de cette affection.

Qui veut soigner des névropathes doit être tout d'abord clinicien pour reconnaître les troubles organiques multiples et leur assigner leurs causes, mais il doit être aussi psychologue et moraliste afin de modifier du tout au tout la mentalité de son malade.

QUATORZIÈME LEÇON

Hystérie. — Son stigmate caractéristique est l'autosuggestibilité. — Attitudes passionnelles. — Prédisposition naturelle. — Mentalité féminine. — Infantilisme mental. — Hystéro-neurasthénie. — Formes traumatiques. — Anesthésies. — Fièvre hystérique.

Les plaintes du neurasthénique ne nous étonnent point. Nous avons tous éprouvé ces faiblesses et l'on peut dire que tout le monde est plus ou moins neurasthénique. On a dit parfois la même chose pour l'hystérie, en affirmant que toutes les femmes et une bonne partie des hommes sont hystériques. C'est aller beaucoup trop loin.

Sans doute on retrouve chez l'hystérique les mêmes particularités mentales que chez les autres névrosés. Les sujets hystériques sont presque tous éminemment fatigables, sensibles, émotifs ; on peut dire qu'ils sont tous neurasthéniques, mais la symptomatologie de l'hystérie est étrange, baroque. Nous ne reconnaissons plus chez ces malades, au premier abord, les réactions normales simplement exagérées. Il y a quelque chose de démoniaque dans le tableau clinique de cette psychonévrose. Le fonctionnement organique semble parfois si troublé qu'on a nommé l'hystérie la folie du corps, mais elle marque, avec un certain pittoresque, l'étrangeté des symptômes.

Chez les neurasthéniques, j'ai noté comme stigmate principal la fatigabilité, en insistant sur le rôle de

l'esprit, du moral, dans cette fatigue. Chez l'*hystérique* c'est la *suggestibilité* qui domine et, plus exactement, l'*autosuggestibilité*.

L'homme normal est éminemment suggestible, et quand on connaît les effets de la suggestion à l'état de veille, quand on réfléchit à l'énormité des suggestions que l'on fait accepter à des hommes sains, on se demande comment on peut encore parler de suggestibilité exagérée des névrosés.

Mais en général l'homme normal ne manifeste cette crédulité que lorsqu'il est dans des conditions psychologiques qui rendent plus ou moins plausibles les suggestions qu'on lui impose. Le neurasthénique pusillanime se laisse impressionner par les nombreux troubles fonctionnels qu'il ressent comme nous autres mais qu'il voit grossis, en hypocondre qu'il est. Il accepte aussi assez facilement les suggestions favorables, l'encouragement. L'hystérique est plus rebelle à l'hétérosuggestion, tandis que ses autosuggestions sont tenaces et bizarres. Elle, — je dis « elle » parce que la femme est plus sujette à ces accidents, — vit dans un monde de rêve, et dans les cas graves, du ressort de l'aliéniste, le trouble mental aboutit au délire hystérique.

Ces malades sont des virtuoses dans l'art de donner le cachet de la réalité, non seulement à leurs sensations, comme le neurasthénique, mais aux fantômes créés par l'imagination la plus vagabonde. Tandis que chez les neurasthéniques on peut suivre assez facilement la genèse de l'idée, le développement des phobies, constater une certaine logique dans les déductions, il est souvent impossible de retrouver le fil conducteur dans la fantasmagorie des hystériques. Il semble que les autosuggestions sont provoquées par des sensations étranges partant des

profondeurs de l'organisme, par une cœnesthésie spéciale, pathologique.

Déjà chez la femme normale, pendant la période menstruelle, il y a quelque chose de dérangé dans la vie psychique ; il y a des sensibilités spéciales, étrangères à la mentalité du mâle et que nous n'arrivons pas à comprendre. Je suis porté à croire que les diverses sensations vagues, conscientes ou subconscientes, qui se rattachent à l'instinct sexuel, jouent, même chez la vierge la plus mentalement immaculée, un rôle considérable dans la genèse de l'hystérie. Mais elles ne produisent ces autosuggestions maladives que chez les sujets prédisposés, chez les débiles mentaux.

Parmi les accidents dramatiques de l'hystérie, il faut compter avant tout les crises de formes diverses, épileptiformes, cataleptiformes, léthargiques, choréiformes, les tremblements. Ces mouvements ont le caractère d'attitudes passionnelles ; nous assistons à des scènes d'une mimique folle indiquant l'état d'âme du sujet. Il suffit souvent d'observer les détails des mouvements convulsifs, le geste, pour deviner les sentiments qui l'ont fait naître, la colère, la peur, le dépit, l'impatience.

Les mouvements rythmiques du bassin trahissent l'état d'âme lascif, conscient ou inconscient, aussi bien chez la plus pudique jeune fille que chez la prostituée. Certaines crises hystériques ne sont que des accès de colère, des démonstrations exagérées de dépit. On reconnaît l'effroi dans les attitudes des malades qui ont subi une émotion violente, souvent au moment de leurs règles. Vous les voyez se mettre sur leur séant, se blottir dans leur lit le plus loin possible des assistants, fixer des yeux hagards sur le coin de leur chambre comme en proie à des hallucinations terrifiantes.

Il n'est pas rare de trouver chez des jeunes filles, des jeunes hommes, des états semi-comateux dans lesquels les malades restent étendus sur leur lit, sur une chaise longue, sur le sol, inertes, les mâchoires serrées, les yeux convulsivement fermés. Ils ont été froissés, contrariés et ils *boudent.*

C'est dans l'hystérie que l'on voit les traumatismes les plus minimes, qui resteraient sans conséquences pour l'homme sain ou même pour un neurasthénique, entraîner des paralysies, des contractures, des algies diverses qui dureront des années.

Une jeune fille, par exemple, glisse dans la rue et s'assied rudement à terre. Il n'y a aucune lésion, pas d'ecchymose, pas d'hématome ; il en résulte une coxalgie hystérique parfois difficile à distinguer de la coxite vraie. Un gamin se tord le pied, il n'y a pas de rupture de ligaments, pas de gonflement, et malgré l'absence de lésions, le pied reste douloureux pendant des semaines ; la peau devient sensible au moindre attouchement, si bien que le malade ne supporte pas même la pression du drap ou le frôlement de la main.

Ce qui montre bien la nature autosuggestive de la plupart des accidents, c'est la fréquence de la contagion hystérique. Il suffit de rappeler les épidémies du moyen âge, de chorée rythmée. Elles n'ont pas cessé, et récemment nous avons pu observer à Bâle et à Berne des épidémies de chorée hystérique dans des pensionnats de jeunes filles. A Berne trente fillettes ont été prises de douleurs articulaires et de mouvements rythmés des bras. Il fallut séparer les malades pour faire cesser ces crises nées par imitation.

Ces faits m'inspirent une réflexion. On dit souvent, et avec raison, que pour créer l'hystérie il faut une prédis-

position névropathique et des agents provocateurs. Or il n'est guère probable que ces trente petites filles, nées de parents divers, aient eu toutes une prédisposition spéciale, fussent toutes des hystériques en herbe. Je suis persuadé au contraire que la plupart d'entre elles n'auront pas d'accidents ultérieurs. Il a dû en être de même des femmes qui prirent part, au moyen âge, aux épidémies saltatoires.

Ces fillettes se sont trouvées dans des conditions de voisinage, d'intimité, qui ont créé un état psychologique favorable à la contagion, et elles y ont succombé en raison de la débilité de leur jugement, très naturelle à cet âge. La suggestibilité n'a pas de limites chez l'enfant normal, par le fait même du développement insuffisant de la raison.

Les adultes qui conservent cette suggestibilité incroyable et deviennent hystériques dénotent par là leur débilité mentale. La femme hystérique a la mentalité infantile, elle souffre d'infantilisme psychique. L'homme hystérique, qui dans la maladie ne montre pas ordinairement la même virtuosité dans les créations de son imagination, a tout au moins une mentalité nettement féminine.

L'hystérique n'est pas en général vraiment intelligente. Oh, je sais qu'on a protesté contre cette assertion, et l'on a cité des cas d'hystérie chez des personnes d'une intelligence remarquable. Je veux bien, mais ce sont là des intelligences partielles ; elles n'ont pas le robuste bon sens qu'on trouve souvent intact chez des personnes sans culture, dont nous prenons si souvent, et à tort, l'ignorance pour de la bêtise. J'ai constaté moi-même quelques rares exceptions à la règle : j'ai surpris l'hystérie sous ses formes graves, convulsives ou délirantes, chez des personnes intelligentes et d'une haute culture morale ;

mais elles avaient une tare mentale cependant : l'imagination vagabonde, la tendance à se laisser dominer par la folle du logis. Un peu de pondération aurait pu faire d'elles des poètes. C'est après la suppression des accidents que j'ai pu reconnaître leur aptitude à la culture et c'est encore à leur raison qu'elles ont dû leur guérison.

Un vrai savant, un intellectuel, pourra être neurasthénique ; il ne sera jamais un hystérique complet, et c'est précisément en faisant appel à son jugement, à ses facultés logiques qu'on réussit à le tirer de sa neurasthénie.

La tare mentale est décidément plus marquée chez l'hystérique ; la débilité intellectuelle et morale est plus profonde que chez le neurasthénique. Les prostituées, ces déséquilibrées par hérédité et par éducation, sont souvent hystériques, et la société, probablement par mesure thérapeutique, leur applique le fer rouge de la réglementation officielle.

Les garçons, aussi longtemps qu'ils ont la mentalité infantile, peuvent être aussi hystériques que les filles. J'ai vu souvent chez des garçons la paraplégie hystérique, l'aphonie, le mutisme, les crises convulsives, les crises délirantes dans lesquelles les malades crient, prononcent avec volubilité des paroles vides de sens, souvent dans une langue inconnue. Aussitôt que la puberté a amené un changement dans l'état mental, que la raison commence à se développer, l'hystérie diminue chez le mâle. La différence entre les mentalités masculine et féminine s'accentue. Le jeune homme devient moins sensible ; il pense plus logiquement. La jeune fille, au contraire, quoiqu'elle soit d'ordinaire plus développée intellectuellement que le garçon du même âge, reste sensitive ; elle obéit plus aux mobiles de sa sensibilité qu'aux motifs de la

raison. L'homme adulte a, en général, plus de logique dans la tête que la femme. Aussi ne devient-il pas facilement hystérique sous l'influence des multiples petites causes qui suffisent chez la femme.

Mais ce déséquilibre mental survient à la suite d'émotions violentes, de chocs moraux. Les traumatismes divers, surtout les accidents de chemins de fer, provoquent souvent ces psychonévroses qu'on a appelées *névroses traumatiques*. Ce n'est pas au singulier qu'il faut employer ce mot, car ce n'est pas une entité morbide qu'on a décrite sous ce nom. Suivant les prédispositions du sujet, nous voyons naître, par le simple fait de l'ébranlement psychique, non seulement la neurasthénie, l'hystérie ou le mélange de ces deux névroses si voisines, mais encore l'hypocondrie, la mélancolie, les vésanies diverses. On peut ajouter l'épithète de traumatique à toutes les psychoses ou psychonévroses et marquer ainsi le rôle d'agent provocateur qu'a joué l'accident.

L'hystéro-neurasthénie est la forme la plus fréquente qui résulte de ces émotions violentes. Cette psychonévrose est particulièrement rebelle dans les cas où surgissent des préoccupations d'indemnité, des procès, qui maintiennent le malade dans des dispositions inquiètes. Elle est souvent incurable et, comme dans certaines formes d'hystérie non traumatique, on en vient à se demander s'il n'y a pas des lésions cérébrales ou médullaires.

Il serait possible que le traumatisme eût produit directement des altérations de ce genre ; il est encore possible que la névrose durable engendre peu à peu, par la répétition des désordres fonctionnels, des altérations des tissus. N'oublions pas qu'il faut admettre dans la psychonévrose la plus légère, un substratum anatomique, une altération structurale. Quoi d'étonnant à ce que, dans les

formes graves, elle devienne plus profonde et plus durable? Il y a une limite supérieure où les maladies simplement fonctionnelles passent aux affections organiques. Du reste nous voyons des maladies incurables comme la maladie de Parkinson, des maladies très graves comme la maladie de Basedow, survenir sous l'influence d'une émotion morale qui, au début, ne pouvait altérer que la fonction.

Les anesthésies qu'on considère en général comme l'un des stigmates caractéristiques de l'hystérie, sont d'une interprétation difficile. Cette anesthésie ressemble parfois, comme siège, comme distribution, aux pertes de sensibilité qui résultent de lésions cérébrales, médullaires, périphériques. L'hémianesthésie hystérique rappelle l'hémianesthésie symptomatique des lésions qui siègent au tiers postérieur de la capsule interne. Parfois, on croirait surprendre une distribution radiculaire de l'anesthésie ou une distribution périphérique, dans le domaine des troncs nerveux.

Cette question demande encore un examen approfondi. Il serait important pour l'interprétation de l'hystérie de savoir si vraiment, sans que le malade eût connaissance de faits anatomiques, sans suggestion préalable, l'anesthésie peut simuler celle des lésions organiques.

Mais, quelle que soit sa localisation, qu'elle soit totale, étendue à toute l'enveloppe cutanée, unilatérale, en manchons ou en îlots, cette anesthésie est étrange. Anesthétique de tout le corps, l'hystérique peut se mouvoir comme une personne normale, faire à l'aiguille des ouvrages délicats que la moindre anesthésie des doigts par l'acide phénique, la compression, le froid, rendrait impossibles. Les malades atteints d'anesthésie par lésion d'un tronc nerveux, les syringomyéliques, se brûlent sans

s'en apercevoir au contact d'un corps chaud, l'hystérique s'en garde bien. Surprise par une piqûre dans la région anesthésique, l'hystérique tressaille parfois de façon à faire douter de la réalité de son insensibilité.

Même contradiction dans les anesthésies sensorielles, l'amaurose, par exemple ; telle malade qui ne verra pas une personne, verra très bien le voisin ; on pourra par une suggestion faire disparaître pour ses yeux, ou plutôt pour son entendement, telle ou telle personne, tel ou tel objet. On peut, par suggestion, faire tomber l'impression sur une sorte de tache de Mariotte, de « punctum cæcum » de l'entendement.

Quand je parle ici de « punctum cæcum », je ne veux pas dire par là qu'il y ait dans le cerveau un groupe cellulaire inactif, figé dans une torpeur maladive. Je pense que c'est l'attention qui est détournée et j'accepterais l'idée de Janet qui voit dans l'anesthésie hystérique une sorte de distraction sensorielle.

Je crois toujours encore à la nature purement autosuggestive de toutes les anesthésies hystériques. On peut les faire naître par la suggestion verbale, rétrécir ou élargir le champ de la perception visuelle. Il semble que la recherche de l'anesthésie la crée, et l'hystérique n'a pas conscience du trouble de sa sensibilité.

Aussi Pierre de Lancre, ce conseiller du Parlement de Bordeaux, qui à lui seul alluma le bûcher de plus de cinq cents sorcières hystériques, fait remarquer que le « signum diaboli », sur lequel se fondait la preuve de culpabilité, n'est pas remarqué par les sujets. *Les sorcières ignoraient complètement qu'elles fussent marquées avant qu'on les eût examinées* [1].

1. Gilles de la Tourette, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, Plon, in-18, 1891.

Nos hystériques aussi n'ont de l'hémianesthésie que quand nous les examinons et quand nous leur demandons si elles éprouvent des deux côtés la même sensation. Bien plus, nous pouvons opérer le transfert non pas seulement par des aimants, par la métallothérapie, mais par une suggestion quelconque.

Sans doute il est frappant de voir tant d'hystériques avouer d'emblée, sans hésitations, qu'elles sentent moins à gauche, alors que les autres malades que nous examinons de la même manière n'accusent aucune différence. On pourrait vraiment croire qu'il y a là une torpeur réelle, non suggérée, de certains centres de perception. Mais prenons-y garde ! Les autosuggestions ne naissent pas lentement, sur la base de syllogismes conscients ; ells surviennent instantanément par des représentations mentales dont on ne peut pas toujours suivre le développement. L'hystérique rebelle aux hétérosuggestions raisonnables, thérapeutiques, est souvent d'une sensibilité incroyable aux suggestions pathogènes. Sa mentalité irrationnelle les lui fait préférer, si j'ose parler ainsi.

Bien avant que j'eusse réfléchi à ces problèmes, dès le début de ma carrière, j'ai eu l'impression qu'il ne fallait pas rechercher les symptômes chez les hystériques, que les constater c'est les faire naître. Aussi ai-je l'habitude de faire dès les premiers jours les constatations utiles, de les noter, puis je renonce à des examens ultérieurs. Pendant le reste de la cure je ne regarde plus les jambes paralysées, je n'interroge plus la sensibilité au moyen de l'aiguille ; j'admets que tous ces désordres n'existent plus. Et, à la fin de la cure, il n'y a plus ni paralysie, ni hémianesthésie, au moins dans la grande majorité des cas.

Enfin, dans l'hystérie comme dans la neurasthénie, il

faut tenir compte de la fatigue réelle des centres nerveux qui, d'une part, résulte directement des états d'âme pénibles, d'autre part, fournit un nouvel aliment aux autosuggestions. Nous retrouvons ici l'éternel cercle vicieux dans lequel tournent les névrosés. Leurs malaises réels font naître leurs craintes, leurs phobies, et d'un autre côté leurs représentations mentales, de nature pessimiste, créent de nouveaux désordres.

J'admets qu'il y a dans l'hystérie des troubles fonctionnels très réels, des malaises dépendant de causes physiques, des sensations pénibles naissant par la fatigue, physique, intellectuelle et émotionnelle. Mais il est de toute évidence aussi que ces sensations s'évanouissent parfois avec une telle rapidité qu'on est bien forcé de leur attribuer une origine psychique, quoiqu'il ne soit pas toujours possible de retrouver les associations d'idées qui ont abouti à l'autosuggestion finale.

Aussi n'a-t-on pas craint de dire : on appelle hystériques les symptômes qui naissent par la voie des représentations mentales. Je n'irai pas si loin et, tout en acceptant en gros cette définition, je la restreindrai en disant que divers symptômes somatiques peuvent avoir une origine organique et ne produisent qu'après coup les autosuggestions maladives.

Je ferai remarquer, en outre, qu'obéir à ses représentations mentales n'est pas l'apanage exclusif de l'hystérique. Le neurasthénique, l'hypocondre, le mélancolique tombent dans le même défaut. Nous avons vu que chez l'homme normal déjà la suggestibilité est incommensurable.

Il est inutile de s'efforcer de donner à l'hystérie le caractère d'une entité morbide, de la séparer artificiellement de la neurasthénie avec laquelle elle est presque

toujours combinée. On retrouvera souvent aussi chez ces malades des symptômes évidents d'hypocondrie et de mélancolie.

Quelques auteurs ont dit : La neurasthénie est l'hystérie mâle. C'est faux si l'on veut dire par là que l'hystérie n'existe pas chez l'homme. Mais il y a quelque chose de vrai dans cette assertion. Le nervosisme prend chez l'homme adulte la forme de la neurasthénie en vertu même de la mentalité masculine. Les facultés logiques sont plus développées chez l'homme, peut-être par le fait même de son organisation physiologique, peut-être grâce à l'éducation qu'il a reçue. Il accepte moins facilement les suggestions quelque peu absurdes ; il est moins démonstratif dans l'expression de ses malaises. Par contre il n'a pas autant que la femme l'habitude de la souffrance résignée ; il se décourage plus facilement, comme le montre la plus grande fréquence du suicide chez les hommes. C'est la tristesse, le découragement, la veulerie, l'impuissance, qui dominent chez lui ; et ce sont là les caractéristiques de la neurasthénie. La femme, au contraire, a la mentalité plus enfantine. Elle montre souvent plus de vaillance en face de la douleur physique et morale. Par contre elle sent vivement ; elle a plus d'imagination et subit plus facilement le joug de ses représentations mentales. Aussi, je l'ai dit, reconnaît-on des caractères de féminisme chez les hommes franchement hystériques, et le garçon est surtout atteint de cette psychonévrose avant la puberté, alors que sa place est encore dans le gynécée.

Bénigne dans ses formes légères qui la rapprochent du nervosisme presque aimable de toutes les femmes, l'hystérie peut devenir sévère et passer sans transition à la folie. Je renvoie aux traités classiques pour la description des symptômes innombrables de la grande névrose. Je

les suppose connus et me borne à ces considérations générales. Dans la plupart de ces troubles on pourra reconnaître l'influence des représentations mentales. Il faut, a dit Charcot, prendre l'hystérie pour ce qu'elle est, c'est-à-dire pour une maladie psychique par excellence.

Parmi les symptômes de l'hystérie où j'ai quelque peine à reconnaître une origine mentale, l'influence idéogène, je noterai la fièvre hystérique, phénomène plus fréquent qu'on ne croit généralement. On l'observe tantôt sous la forme de fièvre élevée avec des températures de 39° à 40°, si bien qu'on croit se trouver en présence d'une affection aiguë, fièvre typhoïde, méningite, poussée aiguë de tuberculose, influenza, septicémie. Plus souvent encore il s'agit d'une fièvre modérée, de longue durée, pouvant persister pendant des mois et des années. Comme les malades sont généralement amaigris, qu'ils ont le souffle court, la capacité pulmonaire diminuée au spiromètre, que souvent ils toussent et peuvent avoir des hémoptysies, le premier diagnostic auquel on s'arrête est celui de la tuberculose.

Quand nous nous sommes fait cette suggestion diagnostique, notre oreille s'affine et alors il nous semble que la respiration est affaiblie à l'un des sommets, que l'expiration est prolongée ; nous surprenons un jour quelques râles et nous croyons avoir élucidé le problème. Mais au bout de quelques semaines des doutes renaissent et l'auscultation donne des résultats si insignifiants qu'il devient impossible de les utiliser. Peu à peu la situation s'éclaircit et, si sceptique qu'on soit vis-à-vis de la fièvre « nerveuse », force est d'en admettre l'existence.

Cette fièvre ressemble fort à la fièvre hectique de la tuberculose ; la température atteint le soir 37°,8, 38°, dépasse quelquefois 38° de quelques dixièmes. L'écart

entre la température du soir et celle du matin est généralement moins grand que dans la phtisie ; aussi la chute matinale de la température se manifeste-t-elle moins nettement par les sueurs profuses. La température du matin dépasse souvent 37° ; il semble qu'il s'agit d'une température normale mesurée avec un thermomètre donnant quelques dixièmes de trop. Les malades paraissent être plus indifférentes à leur fièvre que les phtisiques ; souvent elles ignorent qu'elles en ont et quand un jour la température s'élève de quelques dixièmes, on ne surprend aucun symptôme qui indique une aggravation.

J'ai vu cette fièvre diminuer sous l'influence de la période menstruelle, d'une indisposition passagère. Il y a là une analogie avec ce qui se passe, pour le pouls, dans la maladie de Basedow : on le voit baisser, tomber de 120 à 90 et 80, dans le cours d'une angine à streptocoques, d'une affection intercurrente, même lorsque cette dernière est fébrile.

Mais toutes ces particularités de la fièvre hystérique ne suffisent aucunement pour asseoir le diagnostic. Il se pose par exclusion, l'observation prolongée, pendant des semaines et des mois, établissant la certitude de l'intégrité du poumon.

La fièvre hystérique se montre généralement dans le cours d'hystéries graves, chez des malades qui ont des crises convulsives, des vomissements, des algies diverses, des parésies, et présentent les stigmates de l'hémianesthésie et du rétrécissement du champ visuel ; mais il y a des exceptions, et j'ai pu observer pendant des années des fièvres hystériques chez des femmes qui n'avaient que des symptômes neurasthéniques, chez lesquelles dominaient l'impressionnabilité, l'émotivité, l'état d'âme pessimiste.

Cette fièvre peut cesser d'un jour à l'autre sous l'influence d'une émotion joyeuse ; elle peut disparaître dans le cours d'un traitement psychothérapique, sans cependant qu'il soit possible de suggérer directement l'apyrexie. Mais il y a des cas où cette fièvre survit à tous les accidents nerveux, persiste alors que les malades, pour ainsi dire guéries, ont repris leur vie habituelle. J'observe depuis deux et trois ans des malades qui ont conservé cette fièvre étrange.

C'est dans l'hystérie qu'un emploi judicieux de l'hypnose peut jeter quelque jour sur la genèse autosuggestive de certains symptômes. Elle permet une enquête un peu indiscrète et amène les malades à des aveux instructifs. Mais il faut beaucoup de prudence dans cette étude, et pour ma part, toujours soucieux d'assagir mes malades et de les soustraire à l'empire de l'imagination, je n'ai pas eu le courage de pratiquer sur eux cette vivisection morale.

Plus que toutes les autres psychonévroses l'hystérie est justiciable d'un traitement uniquement psychothérapique. C'est dans cette affection, si fréquente, qu'on observe ces guérisons subites, instantanées, qui, d'emblée, démontrent la nature psychique du mal. Même quand le mal s'aggrave au point de mériter le nom de « folie hystérique » le délire n'est pas celui des vésanies proprement dites ; je n'hésite pas à dire qu'il est *autosuggéré*. C'est pourquoi on le voit parfois cesser brusquement et définitivement sous l'influence d'une suggestion bienveillante. L'hystérique est une actrice en scène, une comédienne, mais ne le lui reprochons jamais, car elle ne sait pas qu'elle joue : elle croit sincèrement à la réalité des situations.

QUINZIÈME LEÇON

Mélancolie. — Danger de suicide. — Hypocondrie ; ses formes légères voisines de la neurasthénie. — Insuffisance des classifications nosographiques. — Mélancolie hypocondriaque. Petits hypocondres. — Dépression périodique de Lange.

Les aliénistes haussent parfois les épaules quand le médecin neurologiste vient à se servir des termes de mélancolie et d'hypocondrie. Ils ont l'air de dire : Ceci est de notre domaine, n'y touchez pas !

Je suis tout prêt à leur abandonner les cas graves qui exigent l'internement dans les asiles, et je n'ai garde de contester leur compétence pour fixer le diagnostic et préciser le pronostic. J'attribue aussi une grande valeur thérapeutique au séjour dans les asiles ; les malades y trouvent le calme et y sont soumis à une discipline ferme et douce qui favorise éminemment la guérison.

Mais quand, pour nous instruire, nous jetons un coup d'œil sur les traités classiques de psychiatrie, nous sommes un peu étonnés du désordre de la classification et nous avons quelque peine à nous renseigner.

Parmi les entités morbides que nous y trouvons décrites, la plus nette, la mieux dessinée, est celle de la *mélancolie* et, dans ses formes classiques, elle est facilement reconnaissable.

Chacun connaît ces malades plongés dans la tristesse la plus noire, tantôt calmes, tantôt agités, qui expriment

des idées délirantes de ruine, au moral comme au physique. Leurs préoccupations varient. Tantôt c'est leur situation dans le monde qui est compromise ; ils ont négligé leur patrimoine, leur commerce ; leur femme et leurs enfants sont dans la plus profonde misère ; tantôt ils se reprochent leur vie passée, leurs péchés ; ils sont perdus devant Dieu, ils ont manqué à tous leurs devoirs vis-à-vis des leurs.

Ce qui frappe avant tout chez ces malades c'est la ténacité de ces idées fixes alors que rien ne vient confirmer les affirmations du malade ; c'est aussi la conservation absolue des facultés intellectuelles qui leur permet de raisonner logiquement sur tout autre sujet. Parfois les idées qu'ils expriment semblent avoir un certain fond de vérité, et il devient difficile de dire si leurs craintes sont fondées, s'ils se trouvent en présence de difficultés réelles. C'est le cas du médecin qui prétend que sa clientèle diminue de jour en jour, du commerçant qui se dit obéré, perdu. Quand on n'a pas d'autres renseignements, on peut se demander si l'on a affaire à un malade. Le plus souvent l'exagération, tout au moins, paraît évidente, et les dénégations des parents viennent démontrer la nature délirante de ces préoccupations.

D'autres fois la folie du sujet se reconnaît au premier mot. Telle mère de famille persiste à se croire enceinte au sixième mois alors qu'elle a ses règles, qu'elle n'a ni augmentation du volume des seins, ni développement du ventre, et qu'un médecin lui affirme que la matrice est de grandeur normale. Une autre s'accuse, elle vertueuse matrone, d'avoir eu des rapports avec son fils, d'avoir mené une vie de courtisane. Tel malade prétend qu'il s'en va, qu'il se fond, qu'il n'a que la peau et les os, alors qu'il est dans un état de nutrition normale ou même

obèse. Les résultats de pesées successives qui indiquent une augmentation de poids ne réussissent pas à le convaincre, et c'est avec indignation ou avec un sentiment de pitié pour notre aveuglement qu'il constate qu'on n'est pas d'accord avec lui. L'un n'a plus de jambes, plus de muscles, plus de cœur (soit au moral, soit au physique), plus d'estomac ; son cerveau est pourri ; il sent l'odeur de putréfaction ; il voit son cercueil préparé, assiste à ses funérailles.

Et ce qu'il y a de terrible pour le malade, sa famille, le médecin, c'est que le danger de suicide n'est nullement en proportion de l'intensité apparente de l'idée délirante. Tel malade qui gémit et marche dans sa chambre en proie à une indicible angoisse, n'aura pas même l'idée du suicide. Tel autre qui, avec un calme apparent, vous raconte ses contrariétés ou ne se plaint que de symptômes gastriques, se donnera la mort à la sortie de votre cabinet.

Si ces malades ne se voyaient que dans les asiles, s'ils y trouvaient place dès le début de leur mal, je n'en parlerais pas ici. Mais ces malheureux sont souvent envoyés au neurologiste sous une fausse étiquette, sous celle si commode de neurasthénie. Dans bien des cas il est possible de corriger ce diagnostic et de prendre des mesures utiles, souvent aussi il est malheureusement trop tard. J'en citerai quelques exemples.

Un médecin de trente ans m'est amené par sa sœur. Il a pu faire ses études sans encombre, quoique avec une certaine lenteur ; il a son diplôme en poche. Ses aptitudes n'ayant pas paru très grandes, ses maîtres lui conseillent un établissement à la campagne où il trouverait plus facilement une clientèle rémunératrice. Il ne tient pas compte de ces conseils, s'établit dans une grande ville et,

sans moyens d'existence, y attend la clientèle qui ne vient pas. Alors il prend du noir, veut quitter sa profession et aller à la campagne comme agriculteur.

A l'ouïe de ce récit je pourrais croire à une crise de neurasthénie dûment expliquée par ces déboires. Mais l'aspect du malade me frappe. Il a les traits affaissés, le regard instable, il pousse continuellement de petits gémissements. Son idée de faire de l'agriculture me paraît absurde, étant donné qu'il est né citadin et qu'il est complètement étranger à la vie des champs.

J'éloigne la sœur du malade pour permettre une conversation plus intime et, à brûle-pourpoint, je lui demande s'il n'a pas eu des idées de suicide. Aussitôt il avoue, me dit qu'il a déjà chez lui préparé une solution de cyanure de potassium, puis avec quelque hésitation il m'annonce qu'il en a fait préparer une nouvelle à Berne. Il me remet le flacon comme pour me prouver qu'il renonce à ses projets.

Si le malade avait été de nos pays je n'aurais pas hésité à l'interner immédiatement, mais il était étranger et je ne pus que lui conseiller une consultation immédiate avec l'aliéniste de sa ville natale. J'écrivis aussitôt au médecin de la famille, mais le malade ne laissa pas le temps de prendre les mesures nécessaires et, enjambant le parapet d'un pont, se précipita dans la rivière.

Autre cas. — C'est un ouvrier de trente-quatre ans qui se plaint de fatigue, de dégoût des aliments, de brûlement, de « rongement » à l'estomac. Il attribue tout cela, avec une persistance qui rappelle l'idée fixe, à la valériane, aux massages, aux lavages froids qu'on lui a ordonnés pour sa neurasthénie. Il n'est pas possible de lui démontrer l'innocuité de ces moyens de traitement. Il persiste à accuser ses médecins de l'avoir rendu ma-

lade. Il ne dort pas, à cause de ses terribles « brûlements » à l'estomac.

A l'examen je ne trouve rien. Le malade est dans un bon état de nutrition, n'a pas la langue chargée. Je lui déclare que tout cela est nerveux, qu'il doit se faire traiter par un médecin expert en ces matières dans la ville qu'il habite.

Il paraît tranquillisé et part avec un billet adressé à mon confrère qui, le malade ne le sait pas, dirige un petit asile d'aliénés. Je l'adresse avec le diagnostic de mélancolie confirmée à forme hypocondriaque et engage mon confrère à l'observer et à provoquer, aussitôt que ça deviendra nécessaire, l'entrée dans son asile. Pendant que sa femme va chez le médecin, le malade se pend à la cuisine.

Ils sont nombreux ces cas où il n'y a que des symptômes de découragement ou des troubles fonctionnels gastriques qui peuvent tromper le praticien, lui faire admettre une simple neurasthénie, alors qu'une analyse psychologique plus approfondie fait reconnaître l'idée fixe de ruine, de désorganisation organique, disproportionnée avec la situation réelle du malade, avec l'état de son corps.

A côté de la mélancolie se plaçait autrefois une entité morbide qui semblait bien fixée, c'est celle de l'hypocondrie. Aujourd'hui elle semble avoir disparu, et des aliénistes qui ont fait beaucoup pour la classification des psychoses, n'y consacrent pas même un chapitre spécial. Ainsi Kraepelin parle de l'hypocondrie soit comme d'un symptôme de ce qu'il appelle l'épuisement nerveux chronique, soit comme d'un syndrome de la folie neurasthénique. Il la signale chez les dégénérés, chez les vieillards où elle s'allie avec la mélancolie, chez les hysté-

riques. Il n'y a plus de maladie dénommée : hypocondrie. Il n'y a que des symptômes hypocondriaques se manifestant dans le cours de divers états psychopathiques.

Il me semble que l'on n'a pas assez marqué la parenté étroite qui unit l'hypocondrie à la mélancolie.

La mélancolie me paraît être une psychose dans laquelle domine la dépression mentale, la tristesse, et où naissent des idées de ruine, de déchéance, des idées fixes, sans base réelle, délirantes donc, ou tout au moins notoirement exagérées. J'appellerai « hypocondrie » l'état du malade dont les préoccupations, de nature mélancolique aussi, portent surtout sur sa santé, sur le fonctionnement de ses organes. Dans les deux cas le malade est tourmenté par des préoccupations tristes, mais elles portent sur des sujets différents.

Ces souffrances hypocondriaques peuvent rester bornées à un organe, constituer une de ces algies fixes (douleur dans l'abdomen, entre les épaules, douleur au rectum, à un endroit quelconque). Le mal peut consister en une crainte des maladies, dans la tendance à se croire atteint de toutes les affections dont on entend parler, sans que la disposition d'esprit paraisse vraiment mélancolique. Aussi, tandis qu'on plaint sans hésiter le mélancolique vrai, on raille l'hypocondre, on le rudoie souvent. C'est le malade imaginaire de Molière.

Je veux bien qu'il y en ait dont l'état nous fait plutôt sourire, quoiqu'il ne soit jamais charitable de rire de ceux qui souffrent. Imaginaires ou non, leurs maux sont bel et bien réels pour eux.

Mais il y a une forme fréquente à laquelle on pourrait appliquer indifféremment le nom de mélancolie ou d'hypocondrie. Elle se caractérise en ce que les préoccupations

du malade portent, comme chez l'hypocondre classique, sur ses organes, sur leur fonctionnement.

Ces malades n'ont pas l'idée de ruine, de culpabilité devant Dieu ou devant les hommes ; ils ne s'accusent d'aucun méfait, d'aucun péché ; ils n'émettent sur leur situation dans le monde aucune idée bizarre qui permettrait de reconnaître la nature vésanique du mal. Ils ne se plaignent que de désordres d'apparence physique, goût amer à la bouche, sensation de brûlure à la langue, renvois, chaleur intense à l'estomac, borborygmes, douleurs, flatulence ; et, comme tout cela existe sans troubles des facultés intellectuelles, nous avons quelque peine à déceler la psychopathie.

Cependant l'exagération des malades nous met sur la voie. Leurs plaintes dépassent la mesure et, en questionnant le sujet, on découvre *l'angoisse précordiale*, l'agitation mentale qui force le malade à sortir de son lit, à se promener des heures dans la chambre. On surprend la mélancolie dans son regard anxieux, dans ses traits affaissés, et souvent on lui fait avouer une idée de suicide, non pas seulement cette vague aspiration à la mort que manifestent tant de névrosés, mais cette impulsion irrésistible qui a déjà amené le malade à choisir le moyen de se donner la mort, qui l'a poussé à faire une tentative sérieuse.

Que les aliénistes appellent ces états mélancolie ou hypocondrie grave, ou que, tenant compte de la nature des préoccupations du malade, ils consentent à en faire une forme mixte de « mélancolie hypocondriaque », cela m'est en somme bien égal. Il s'agit là d'états très graves, souvent incurables, qui exigent presque toujours l'internement ; même dans les cas qui aboutissent à la guérison, il faut craindre les récidives.

Mais où la question devient scabreuse c'est quand il s'agit de formes plus bénignes, de malades qui se refuseraient à consulter un aliéniste, qui s'adressent au modeste praticien, au neurologiste.

C'est alors qu'on s'aperçoit du vague des classifications, du peu de valeur de ces entités morbides que nous cherchons à créer dans la médecine de l'esprit, parce que nous avons plus ou moins réussi pour les maladies du corps.

Sans doute la scarlatine, la rougeole sont des entités morbides aussi bien que les maladies infectieuses dont on connaît et cultive le microbe. Et il en est de même pour la plupart des affections organiques, même quand nous sommes encore dans l'ignorance la plus complète de leur pathogénie. Mais aussitôt que nous abordons le terrain psychique, ce respect de la classification n'est plus possible. Sans supprimer ces appellations consacrées par l'usage, sans renoncer à l'analyse, sans même craindre d'établir encore des sous-classes par l'étude plus précise des symptômes, on est contraint d'opérer des synthèses, d'effacer les distinctions. Ce n'est pas voir moins bien, c'est voir de plus haut.

C'est alors que nous pouvons voir des neurasthénies si légères que nous reconnaissons chez ces malades la débilité commune et que nous pouvons nous écrier gaîment : Et moi aussi, je suis neurasthénique !

Nous oserons insinuer encore que toutes les dames sont hystériques, tout en leur disant qu'elles ne sont que « nerveuses » et que ce nervosisme à fleur de peau leur va très bien, constitue un des charmes de leur *féminilité*.

Et puis nous verrons que toutes les hystériques sont aussi neurasthéniques, que beaucoup de neurasthéniques sont de petits hypocondres, qu'il y a des symptômes

mélancoliques chez tous ces malades ; enfin quand nous arriverons à la classe des dégénérés, nous serons obligés d'y mettre tous ces malheureux ; et si nous n'entrons pas avec eux dans le salon que nous leur destinons, nous sommes cependant dans l'antichambre.

Mais ce ne sont pas les mots qui importent ; le diagnostic ne fait pas la maladie. Ce qui est essentiel, en somme, c'est le pronostic, et c'est ici que commencent les difficultés sérieuses parce que, du jugement des médecins dépendent les mesures à prendre. En présence d'un malade, peu lui chaut que vous vous serviez d'un nom tiré du grec et nos discussions nosographiques ne l'intéresseront guère.

Il y a un problème bien plus urgent à résoudre, c'est de dire ce qu'il faut faire. Et c'est ici que des vues synthétiques sont plus utiles qu'une analyse de myope. Il y a des mélancolies qui exigent l'internement immédiat ou un traitement avec surveillance de tous les instants, non pas « parce que c'est une mélancolie », mais parce qu'il y a menace de suicide. Il y a des cas où cette impulsion manque, mais où les idées délirantes sont si bien ancrées, si absurdes dans leur genèse, qu'on doit s'attendre à une longue durée, de plusieurs mois ; alors le séjour dans les asiles est également indiqué. Voilà la *mélancolie vésanique*, celle dans laquelle le public, dont l'intuition est souvent précieuse, reconnaît la folie.

Mais à côté de ces tristes états, heureusement souvent curables, il y a la *mélancolie bénigne*, l'hypomélancolie de quelques auteurs. Dans bien des cas elle ne dépasse pas les limites de la neurasthénie. Le découragement est plus ou moins motivé, le malade a souffert, a eu des contrariétés qui l'ont frappé dans un moment où la fatigue, le surmenage avaient diminué son énergie vitale. Un peu

de repos, quelques conversations du médecin devenu l'ami de son malade, suffisent à dissiper tous les troubles.

Parfois cependant le mal est plus grave. Il n'y a plus seulement de la tristesse, du découragement, des idées noires ; il y a des idées fausses, de la mélancolie vraie déjà vésanique, et pourtant le mal cède encore aux mêmes moyens.

Un confrère de trente-quatre ans s'est surmené pendant quelques mois. Il a senti ses forces baisser, son humeur s'assombrir. Par surcroît, il perd d'une embolie une malade qu'il avait opérée avec succès. L'accident est survenu douze jours après, sans qu'il y eût faute opératoire, alors que la malade guérie allait quitter l'hôpital. Voilà notre homme en pleine mélancolie. Il est persuadé que c'est la fin de sa carrière médicale, qu'aucun confrère ne lui confiera désormais des cas opératoires. Ayant dû donner son avis dans un cas désespéré où la mort survint pendant l'opération, il ne remarque pas qu'il n'est que très indirectement en cause dans cette affaire, et il s'en tourmente bien autrement que les médecins qui ont eu la responsabilité de l'intervention.

Et il ne s'agit pas ici d'un découragement comme nous pouvons tous en avoir dans les périodes agitées d'une vie médicale. Non ; il est profondément persuadé qu'il est perdu de réputation ; il questionne des confrères pour trouver un trou perdu dans la campagne où il pourrait finir ses jours comme la bête blessée à mort. Malgré ces tristesses il continue avec veulerie son travail, puis il vient me confier, non ses maux, car il ne se croit pas malade, mais ses légitimes préoccupations. J'essaie de les dissiper, de lui montrer l'inanité de ses craintes. Il ne comprend pas que je sois si peu clairvoyant, que je puisse ainsi nier l'évidence ; il est perdu à tout jamais.

Malheureusement pour ma démonstration il y a une petite part de vrai dans ce qu'il dit au point de vue de la clientèle. Il y a eu une diminution due à la saison, à un service militaire, à des circonstances toutes fortuites. Mais mon malade ne veut pas admettre ces explications. Sa situation est compromise par son insuccès opératoire, par sa conduite vis-à-vis des malades et des confrères. L'idée fixe est là dans toute sa netteté.

Elle est plus nette encore quand il parle de sa situation financière. Elle est, je le sais, plus que bonne ; le malade pourrait à la rigueur vivre modestement sans travail. Mais il ne voit pas les choses ainsi. La situation est désespérée, sa femme et ses enfants sont réduits à la mendicité ; il n'aurait jamais dû se marier ; il a fait le malheur des siens. Il se sent tellement indigne qu'il a même songé au suicide.

Dans une consultation avec deux autres confrères, dont un aliéniste, le malade oppose à nos raisonnements sa conviction absolue ; il s'étonne de voir des médecins, qu'il sait sérieux et qu'il aime, persister dans une si fatale erreur.

Le diagnostic de mélancolie franche s'impose et nous conseillons à l'unanimité l'entrée volontaire du malade dans un asile privé. Le malade accepte sans peine et, les démarches faites, il va partir, quand il me vient un remords. Est-ce bien sage ce que nous faisons là ? Ce séjour dans un asile ne donnera-t-il pas un nouvel aliment à sa persuasion de ruine ? Guéri, peut-être, n'aura-t-il pas l'idée que cet internement l'a fait baisser dans l'estime du public ?

J'arrête le malade dans ses projets, je lui propose une cure de repos au lit, et entreprends un traitement psychothérapique. Sans trop insister, au début, pour combattre

ses idées fixes, je lui montre combien nous sommes sûrs qu'il se trompe, qu'il est malade. Il se montre reconnaissant, touché de nos bonnes intentions, mais il ne paraît pas ébranlé sérieusement.

Obligé de partir trois semaines, je le remets à un confrère qui continue patiemment cette œuvre de persuasion et, de l'étranger, j'adresse au malade quelques lettres encourageantes. A mon retour, trois semaines seulement après le début du traitement, je le trouve absolument débarrassé de toute idée délirante. Il reconnaît sans peine que nous avions raison, ne comprend pas comment il a pu avoir des idées aussi ridicules. Il en rit déjà et il est heureux d'avoir échappé à l'asile. Il ne lui reste qu'un peu d'insomnie, un peu d'irritabilité vis-à-vis de ses proches, et quelques semaines après il reprend, guéri, sa clientèle et ses travaux.

C'est là l'extrême limite. Théoriquement le malade est mûr pour l'asile ; l'idée du suicide a germé et l'internement peut paraître urgent. On est en droit de croire que cela durera trois mois, six mois, un an. Eh bien, non. Cela dure quelques semaines et bientôt le malade, qui semblait rebelle à tout raisonnement, cède enfin à la persuasion ; en même temps le repos, une bonne alimentation, améliorent l'état général et tout se termine par la guérison.

La position du médecin est difficile en face de ces cas si variés de mélancolie. Dans un cas qui paraît bénin, le suicide peut survenir tout à coup et le praticien ne doit jamais oublier le mot de Gudden, qui périt avec le roi de Bavière pour avoir enfreint cette règle qu'il avait donnée lui-même : Ne vous fiez jamais à un mélancolique !

Je le sais, mais néanmoins il y a des exceptions, et il serait fâcheux qu'on entassât dans les asiles tous ces

malheureux. Il en est qu'on peut traiter par des moyens plus doux. C'est dans ces occasions que le médecin doit avoir ce tact, ce flair que l'instruction médicale la plus complète ne donne pas. Hélas, ce flair aussi est quelquefois en défaut et le médecin se voit réduit à se dire : fais en conscience ce que tu estimes devoir faire, advienne que pourra.

Une situation analogue se retrouve dans l'hypocondrie. Il y a l'hypocondrie vésanique, le plus souvent incurable, qui, elle aussi, s'accompagne de mélancolie ou la fait naître, qui, elle aussi, aboutit souvent au suicide. Mais parfois, au moins pendant une certaine période, les malades ne sont nullement mélancoliques dans le sens vulgaire du mot. Il en est qui manifestent, à l'égard d'un mal incurable dont ils se croient atteints, un tranquille stoïcisme.

Un homme de soixante-dix ans m'est amené par ses parents comme un neurasthénique. Après une demi-heure de conversation avec le malade je dis aux parents : Vous m'amenez là votre malade sous une fausse étiquette ; il est atteint d'une hypocondrie grave et sa place est dans un asile. Cette perspective ne convient pas à la famille et on me prie de garder le malade en observation, au lit et sous surveillance. J'accepte et pendant deux mois je vois l'idée fixe persister sans le moindre changement.

Le malade est persuadé qu'il a un cancer dans le ventre, et quand après de longs examens répétés, je lui dis qu'il n'a pas le moindre symptôme de cette affection et me déclare absolument d'accord avec les deux confrères qui l'ont vu avant moi, il me répond avec un sourire un peu narquois : Oh, vous savez bien que j'en ai un, mais vous ne voulez pas me le dire !

Je reviens à la charge et lui dis : Mais, mon cher mon-

sieur, si vous aviez un cancer, je ne vous garderais pas. Je ne soigne que des nerveux. Je vous aurais aussitôt remis au chirurgien.

Oh, vous me renverrez bientôt mourir chez moi, mais vous ne voulez pas me faire de la peine. C'est pourquoi vous vous efforcez de me prouver que je n'ai pas de cancer !

Pendant deux mois ce furent toujours les mêmes réponses tranquilles, sans tristesse marquée, une simple idée fixe. Interné plus tard dans un asile, il tenta de s'y ouvrir le ventre. Je ne sais comment il a fini.

En même temps que ce malade grave je soignais un jeune homme de trente-six ans, qu'on pouvait également qualifier d'hypocondre.

Il avait souffert de dyspepsie nerveuse, avait fait plusieurs traitements sans succès et venait de terminer à Vichy une cure sur laquelle il avait basé de grandes espérances. Revenu Gros-Jean comme devant, il se persuada qu'il avait un cancer.

Au début, mes affirmations qu'il n'y avait pas de cancer rencontraient la même résistance que chez le sujet précédent, mais parfois on surprenait dans le regard une expression d'espérance. C'était bien peu de chose, et certes des personnes étrangères à l'art médical eussent trouvé mes deux hypocondres tout aussi malades l'un que l'autre.

Je soumis le malade à une cure lactée de six jours, puis à une suralimentation qui produisit rapidement une augmentation de poids du corps. Alors, mais seulement alors, le malade commença à douter de son cancer. L'idée ne disparut complètement qu'au bout de quelques semaines. Au bout de deux mois le malade était en parfaite santé psychique et physique, et n'est plus retombé.

Voilà l'hypocondrie bénigne, celle qu'on pourrait, sans forcer les choses, faire rentrer dans le tiroir de la neurasthénie s'il n'était pas déjà si plein.

Il y a des formes plus anodines encore, curables en quelques conversations. Ce n'est plus qu'une pusillanimité, qu'une disposition hypocondriaque compatible avec l'état de santé et qu'on observe bien souvent. Je veux parler de ces gens qui ont peur des moindres bobos, qui se voient phtisiques quand ils se sont enrhumés, songent au cancer d'estomac aussitôt qu'ils ressentent un peu de pesanteur à l'épigastre, se croient tabétiques parce qu'ils ont chancelé en marchant. Les médecins, les étudiants en médecine, sont sujets à cette infirmité. Elle est souvent passagère, mais, prenez-y garde, et ne laissez pas croître ces phobies. Quand on devient fou on le devient dans le sens de sa mentalité antérieure, et j'ai retrouvé vers la cinquantaine des symptômes d'hypocondrie assez graves chez des confrères qui, à l'âge d'étudiant, avaient montré seulement cette pusillanimité qui les exposait aux quolibets de leurs camarades.

Les Italiens ont un mot pour qualifier ces gens toujours inquiets de leur santé ; ils les appellent *salutistà*, de *salute*, la santé. Le mot est moins gros que celui d'hypocondre et j'ai été heureux de le connaître pour dire à mes malades : le meilleur moyen de troubler sa santé, c'est précisément de s'en inquiéter, d'être, en un mot « salutistà ».

Sous le nom de « dépression périodique » le professeur Lange, de Copenhague, a décrit en 1885 des états d'affaissement mental survenant à certaines époques. La périodicité n'est pas régulière et Lange indique une durée de trois à six mois pour la période de dépression, l'intervalle de santé pouvant durer six mois à un an. Il attribue

cet état à la diathèse urique et s'efforce de le combattre par un régime antiarthritique qui ne lui a pas encore donné, du reste, des résultats appréciables.

En lisant cette description j'ai bien reconnu des états psychopathiques fréquents dans nos pays aussi, mais j'ai été cependant étonné de voir Lange en observer 2 000 cas dans l'espace de dix ans. Quand on trouve si vite tant de cas d'une maladie nouvellement décrite, cela résulte avant tout d'un changement dans la terminologie. On a sorti la maladie d'un tiroir ou de plusieurs tiroirs pour la mettre dans un autre.

On a voulu rattacher cette forme à la mélancolie. Avec Lange, j'estime que c'est une erreur. Ces malades n'ont que de l'abattement, un état d'aboulie avec humeur maussade, indécision, mais ils n'ont jamais les idées délirantes du mélancolique et heureusement leur mal n'évolue pas dans le sens de la mélancolie.

C'est plutôt dans le cadre de la neurasthénie que Lange a puisé. Sa publication a un grand intérêt en ce qu'elle a appelé l'attention sur la périodicité de ces états psychopathiques relativement bénins.

Je reviendrai sur cette périodicité dans les psychonévroses et sur les conclusions qu'elle autorise.

Sa tentative d'expliquer la dépression par la diathèse urique serait intéressante, s'il avait réussi à démontrer le fait soit par des recherches chimiques, soit par l'effet de sa thérapeutique. Mais il n'a pas constaté l'excès d'acide urique et n'a pas réussi à guérir ses malades.

Les caractères pathognomiques de cet état sont les sentiments de lourdeur, de fatigue, d'inertie ; les malades se sentent accablés moralement et physiquement. Il est intéressant de savoir que parfois ils peuvent se surmonter et que surtout dans les cas où l'occupation à

laquelle ils s'appliquent est machinale, ils ont la tendance à continuer leur travail sans pouvoir cesser. Ils sont dans un état d'inertie qui les empêche aussi bien de s'arrêter que de se mettre en train. Ce sont en somme des crises aiguës de neurasthénie dans lesquelles prédomine l'aboulie, l'impuissance physique et morale.

SEIZIÈME LEÇON

Notion de la dégénérescence; Morel, Magnan. — Stigmates mentaux et corporels. — Abus de la notion de dégénérescence. — Imperfections humaines; malformations physiques, intellecuelles et morales. — Parenté des différents états de déséquilibre. — Symptômes nerveux isolés.

Déjà chez ceux que nous appelons des neurasthéniques, des hystériques, nous constatons des malformations physiques, intellectuelles et morales permanentes qui nous font dire parfois : ce sont des dégénérés. Nous retrouvons des tares analogues chez les frères et sœurs, dans les ascendants ou dans les descendants. Ce sont des déshérités qui mériteraient notre compassion et que le monde, sans pitié, traite souvent bien durement.

En notant ces faits je veux d'emblée montrer le fil qui relie toutes ces psychonévroses et mettre en lumière l'importance de l'hérédité.

Mais on a particulièrement réservé le terme de « dégénérés » à des malades chez lesquels le déséquilibre mental est plus profond, et on a cherché à en faire une classe à part.

La notion psychiatrique de la dégénérescence est due à un aliéniste français, Morel, qui publia en 1857 son *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine*.

Il définit ainsi cette dégénérescence : « L'idée la plus claire que nous puissions nous former de la dégénéres-

cence humaine est de nous la représenter comme la déviation maladive du type primitif.

« Cette déviation, si simple qu'on la suppose à son origine, renferme néanmoins des éléments de transmissibilité d'une telle nature que celui qui en porte le germe devient de plus en plus incapable de remplir sa fonction dans l'humanité et que le progrès intellectuel, déjà enrayé dans sa personne, se trouve encore menacé dans ses descendants. Dégénérescence et déviation maladive du type normal de l'humanité sont donc, dans ma pensée, une seule et même chose. »

Observateur de premier ordre, Morel sut bien dégager dans ces faits la loi biologique de l'hérédité, mais tout imbu d'idées théologiques, il admettait, conformément à la Genèse, l'existence d'un type humain parfait et cherchait la dégénérescence dans les dégradations de cet être primitivement doué de toutes les perfections. L'idée de la chute, du péché originel, vient se mêler à des conceptions vagues de déterminisme, résultant de la notion même de l'hérédité.

Il n'oublie pas de signaler, à côté des influences ataviques et héréditaires, l'action des agents physiques, des intoxications qui peuvent amener la dégradation. Aussi applique-t-il l'épithète de « dégénératives » à toutes les maladies mentales, qu'il divise en six groupes principaux :

1° *Aliénation héréditaire.* — Comprenant : 1° la folie qui résulte d'un tempérament nerveux congénital ; 2° la folie morale qui se caractérise par le désordre des actes plutôt que par le trouble de l'intelligence ; 3° les faibles d'esprit, sujets à des impulsions maladives et portés à commettre des actes nuisibles.

2° *Aliénation toxique.* — Comprenant : 1° celle cau-

sée par l'ingestion de substances toxiques, l'alcool, l'opium, etc. ; 2° celle qui est déterminée par une alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité ; 3° celle qui provient de miasmes marécageux, de la constitution géologique, etc., telle que le crétinisme.

3° *Aliénation par transformation de certaines névroses.* — Folie hystérique, épileptique, hypocondriaque.

4° *Aliénation idiopathique.* — Affaiblissement progressif des facultés, paralysie générale.

5° *Aliénation sympathique.*

6° *Démence.* — Période terminale d'affections diverses.

Magnan et son école, repoussant l'idée biblique d'un type humain normal et d'une tache originelle, cherchèrent à mieux définir le groupe des dégénérés. Ils y firent rentrer une foule de malades atteints de troubles mentaux divers qu'on observait depuis longtemps sans voir le lien qui les unit. Ces idées nouvelles furent vivement discutées par les aliénistes, à Paris, à Berlin. On se chamailla sur la valeur du facteur hérédité, sur les stigmates qui caractérisent la dégénérescence, sans pouvoir arriver à une entente.

Le tableau suivant de Magnan [1] montre l'étendue qu'il donne à sa conception des dégénérescences mentales :

Tableau synoptique des dégénérescences mentales.
Les héréditaires dégénérés.

I. Idiotie, imbécillité, débilité mentale.

II. (Déséquilibrés.) Anomalies cérébrales. Défaut d'équilibre des facultés morales et intellectuelles.

III. Syndromes épisodiques des héréditaires.

1° Folie du doute.

1. Magnan, *Recherches sur les centres nerveux.* Paris, 1893.

2° Crainte du toucher. Aichmophobie (αἰχμή, pointe).

3° Onomatomanie.
1. Recherche angoissante du nom et du mot.
2. Obsession du mot qui s'impose et impulsion irrésistible à le répéter.
3. Crainte du mot compromettant.
4. Influence préservatrice du mot.
5. Mots avalés chargeant l'estomac.

4° Arithmomanie.

5° Echolalie, coprolalie, avec incoordination motrice (Gilles de la Tourette).

6° Amour exagéré des animaux. Folie des antivivisectionnistes.

7° *a*. Dipsomanie (δίψα, soif).
b. Sitiomanie (σιτίον, aliment).

8° *a*. Kleptomanie, kleptophobie (manie et peur du vol).
b. Oniomanie (ὤνια, achats).

9° Manie du jeu.

10° Pyromanie, pyrophobie (manie et peur des incendies).

11° Impulsions homicides et suicides.

12° Anomalies, perversions, aberrations sexuelles.
A. Spinaux (réflexe simple, centre génito-spinal de Budge).
B. Spinaux cérébraux-postérieurs (réflexe cortical postérieur).
C. Spinaux cérébraux-antérieurs (réflexe cortical antérieur).
D. Cérébraux antérieurs (érotomanes, extatiques).

13° Agoraphobie, claustrophobie, topophobie.
14° Aboulie.

IV. A. Manie raisonnante. Folie morale (persécutés, persécuteurs).

B. Délire primaire multiple, polymorphe, rapide ou quelquefois de longue durée, sans succession évolutive déterminée.
- Délire ambitieux.
- — hypocondriaque.
- — religieux.
- — de la persécution, etc.

C. Délire systématique, unique, fixe, sans tendance évolutive (analogue à l'idée obsédante).

D. Excitation maniaque, dépression, mélancolie.

Voilà pour les dégénérescences mentales. Il y a trop et pas assez dans cette longue énumération : trop, s'il doit rester dans notre tête une idée nette, la vue précise d'un tableau clinique ; pas assez, si l'on veut cataloguer les formes diverses d'obsession, de phobie, les multiples bizarreries du caractère.

Que vient faire dans ce tableau, à propos des perversions sexuelles si variées dans leur mystérieuse psychologie, cet essai de localisation médullaire ou cérébrale ? Il est tout au moins prématuré.

Et puis, en lisant ce tableau, je suis pris d'une inquiétude, c'est que nous soyons tous des dégénérés ! Qui n'a pas eu l'obsession d'un mot, une forme quelconque de l'onomatomanie, de l'arithmomanie ? Que de gens qui ont eu des symptômes passagers d'agoraphobie, de claustrophobie, de topophobie, dans laquelle il faudrait faire rentrer l'hypsophobie (crainte des hauteurs, appelée à tort : vertige).

Manie du jeu, aberrations sexuelles, dipsomanie, voilà

trois caractères qui jettent d'un coup dans le groupe des dégénérés une bonne partie de l'humanité ! Les ivrognes et les débauchés y retrouveront les vieilles anglaises antivivisectionnistes. Enfin décidons-nous et entrons aussi dans le groupe car nous avons tous nos manies, et « l'aboulie », ce quatorzième stigmate, nous l'avons tous, au moins à certaines périodes de notre vie.

Passons aux stigmates corporels de cette universelle dégénérescence.

Je cite d'après Déjerine [1] :

« Les stigmates les plus frappants sont ceux qui affectent le *système osseux*, et il y a longtemps qu'on a remarqué, dans ce sens, les déformations de la boîte cranienne, produisant tous ces types divers de microcéphalie, hydrocéphalie, acrocéphalie, plagiocéphalie, scaphocéphalie, dolicocéphalie... et à des degrés moindres, les simples exagérations des bosses craniennes, les dépressions irrégulières.

« On a signalé aussi, dans ces cas, des anomalies dans l'état intime des os, dans leur mode de développement, leur ossification, leur suture. Le squelette entier peut être atteint de même ; la face peut être asymétrique, le rachis incurvé ; les os des membres eux-mêmes atteints dans leur évolution, peuvent présenter toutes les apparences du rachitisme ; on a signalé l'existence possible des doigts palmés ou surnuméraires, les pieds bots sous leurs différents aspects, l'effacement de la voûte plantaire.

« Le *système musculaire* se développe tard et incomplètement ; les muscles offrent toujours un état de flaccidité spéciale ; ils peuvent même être atrophiés.

1. Déjerine, *L'hérédité dans les maladies nerveuses*. Paris, 1886.

« L'*appareil digestif* n'est pas épargné : la voûte palatine est asymétrique, quelquefois étroite, ogivale ; les lèvres souvent épaisses ; les becs-de-lièvre simples ou compliqués sont très fréquents ; les dents irrégulièrement implantées apparaissent tard ; leur nombre peut être diminué ; elles se carient aisément. Le prognathisme est fréquent. »

Abrégeons un peu.

« *Fonctions digestives* souvent troublées, mérycisme, hernies.

« Pour l'*appareil respiratoire et circulatoire :* tuberculose pulmonaire, troubles vasomoteurs.

« Pour l'*appareil génito-urinaire :* incontinence, phimosis, hypospadias, descente tardive des testicules, anomalies du vagin, troubles de la menstruation. »

Et nous ne sommes pas au bout.

« Anomalies de la *peau*, obésité, implantation anormale des cheveux. Altérations de l'*œil*, strabisme, surdimutité, déformations de l'*oreille*, adhérence du lobule, anomalies de l'hélix. Bégaiement, blésité. Enfin le *système nerveux :* migraines, vertiges, convulsions, tics, insomnies, cauchemars. »

Décidément c'est trop. C'est l'énumération de toutes les débilités humaines, physiques, intellectuelles et morales, et cette description perd de sa valeur parce qu'elle est trop touffue.

Il en est de même quand on recherche les causes de la dégénérescence. En lisant le vaste tableau de Dallemagne[1] on retrouve, soigneusement énumérées, les conditions étiologiques de la plupart des maladies corporelles ou mentales.

1. Dallemagne, *Dégénérés et déséquilibrés*. Bruxelles et Paris, 1895.

On a été plus loin encore dans cette extension de la notion de dégénérescence, et Max Nordau n'a pas hésité à ranger dans la classe des dégénérés les artistes, musiciens, romanciers, poètes, dont il n'approuve pas les tendances. A ce point de vue on est toujours le dégénéré de quelqu'un.

Ce n'est pas que ce tableau des misères humaines ait été chargé : au contraire ; on pourrait le tracer plus dramatique encore. Mais le tort est d'appliquer à tous ces états le terme de *dégénérescence* sans insister sur la *régénération* possible.

Le mot de dégénéré suppose un point de comparaison. On peut être dégénéré vis-à-vis de soi-même, c'est-à-dire par rapport à sa situation antérieure ; on peut l'être vis-à-vis de ses parents, de ses ancêtres, des personnes qui nous entourent et dont nous aurions dû subir l'ambiance. Nous pourrions l'être enfin, suivant l'idée de Morel, par comparaison avec un type humain originel doué de toutes les perfections.

Lorsqu'un jeune homme qui paraissait bien doué se laisse aller à une paresse croissante, fait la fête, s'encanaille, il arrive peu à peu à une dégénérescence physique, intellectuelle et morale. Nous reconnaîtrons dans son genre de vie les causes déterminantes de cette déchéance, et c'est en pratiquant sur lui une orthopédie morale qu'on pourra peut-être provoquer son relèvement.

Mais il faudrait être un observateur bien superficiel pour voir le problème aussi simple. Examinez votre dégénéré, votre dévoyé, et vous verrez que, dans sa période la plus brillante, il portait déjà en lui les tares mentales qui ont provoqué sa chute. Il était faible de volonté, il avait du laisser-aller dans sa tenue morale, des instincts bas de jouisseur. Recherchez dans l'ascendance et vous

retrouverez des défauts analogues chez le père, le grand-père paternel ou maternel, ou chez la mère un caractère faible, une influence éducative insuffisante. Est-ce un dégénéré? Oui, si, en le comparant avec ses parents, on constate une déchéance croissante, s'il y a péjoration; mais souvent, malgré ses déformations, le rejeton vaut mieux que l'arbre, et c'est à un début de régénération que nous assistons déjà.

Des familles aristocratiques, bourgeoises, prolétaires, peuvent dégénérer sous l'influence de causes multiples : mariages consanguins, contagion de mentalité, habitudes de vie fâcheuses, alcoolisme, misère. L'hérédité autant que les circonstances extérieures joue ici un rôle considérable et la constatation de cette influence inéluctable assombrit le pronostic. C'est ici qu'il importe de déceler les stigmates physiques et mentaux qui marquent cette déformation native. Mais n'oublions pas que les tares physiques ne donnent nullement la mesure de la maladie psychique. Il y a des gens d'aspect simien qui ont une haute valeur intellectuelle et morale, tandis que de très beaux garçons peuvent être des idiots moraux.

Je ne puis aucunement accepter l'idée d'une dégénérescence vis-à-vis d'un type adamique supérieur. Quelles que soient les hypothèses que l'on adopte sur la genèse de l'espèce humaine, il me paraît bien certain que nos premiers ancêtres étaient des sauvages. Ils ont pu, dans leur vie au grand air, développer leurs aptitudes physiques, échapper à des influences pathogènes résultant de la vie en grandes agglomérations, mais nous les surpassons, sans conteste, au pont de vue mental.

L'humanité est en progrès continu et il me semble ridicule de parler de sa dégénérescence. Il faut même admettre que la régénération l'emporte sur la dégéné-

rescence. S'il n'en était pas ainsi, l'espèce humaine serait déjà arrivée aux derniers degrés de l'idiotie ou se serait éteinte par stérilité.

En somme, ce que nous constatons tous les jours chez ces malades ce sont les *imperfections humaines, les malformations physiques, intellectuelles et morales*. Ce ne sont pas des dégradations croissantes, mais des arrêts et des reculs sur la voie ascendante du perfectionnement. Parfois, sous la double influence des lois de l'hérédité et de l'éducation, nous voyons la déformation s'aggraver, chez un individu, dans une famille, une caste, chez un peuple, dans une race, et c'est ici qu'il est permis de parler de dégénérescence. Elle peut aboutir à l'extinction de la famille, mais il peut y avoir des temps d'arrêt, des relèvements. Le mot de « dégénéré » marque trop crûment l'idée de déchéance fatale ; il motive un pronostic pessimiste et il ôte bien souvent au médecin le courage d'entreprendre un traitement orthopédique. D'un autre côté les discussions au sujet de la dégénérescence ont eu l'avantage de bien démontrer la parenté qui existe entre de légers troubles nerveux et les états psychopathiques plus graves. Nous avons mieux compris depuis lors l'importance qu'il faut attribuer à nos particularités psychiques, à nos tares, à nos petites manies. Légères chez nous elles peuvent faire boule de neige dans la descendance, et cette notion nous engage à ne pas négliger le traitement des anomalies psychiques. L'éducation seule peut, dans une certaine mesure, corriger ce que l'hérédité a créé.

Nous assistons, dans notre clientèle, à un défilé de psychopathes de tout acabit ; neurasthéniques plongés dans la désespérance, incapables de toute activité ; hystériques tourmentés des plus bizarres sensations ; hypo-

condriaques à tous les degrés ; mélancoliques qui ont déjà, ancré en eux, le sentiment si caractéristique de cette affection, l'obsession de l'incurabilité ; enfin déséquilibrés, détraqués, sujets à des idées fixes diverses, depuis celles que nous avons parfois à l'état normal, comme l'obsession d'un air, d'un chiffre, jusqu'aux conceptions délirantes les plus absurdes ou les plus effrayantes.

Chez tous ces malades nous pouvons surprendre l'influence prépondérante de la mentalité innée, héréditaire, l'aggravation par l'éducation, par la contagion de l'exemple. Nous voyons la tare s'accentuer chez un sujet et dans sa descendance, les croisements précipiter la déchéance. Mais heureusement les mêmes influences agissent souvent en sens contraire et nous pouvons aider à ce relèvement par la thérapeutique psychique. Nous sommes, il est vrai, bien désarmés vis-à-vis des tares physiques, mais nous pouvons beaucoup contre les désordres mentaux, intellectuels ou moraux.

On ose à peine le dire, mais, aujourd'hui encore, c'est par la voie physique que l'on cherche la guérison de ces malades. Je ne puis comprendre cette aberration de la thérapeutique.

Tous ces malades ne sont pas curables, mais quand la guérison est possible, c'est par l'éducation qu'on l'obtient. Le pronostic dépend avant tout du fond de bon sens qu'on retrouve chez le malade, du trésor de vie morale qui se cache sous son déséquilibre. Souvent, en y regardant de près, on le trouve moins dégénéré qu'il ne paraît.

Quand l'idée fixe est nettement absurde, délirante, elle est souvent incurable ou ne cède que peu à peu sous l'influence éducative d'un milieu convenable. Mais quand il y a encore quelque apparence de logique dans l'idée, quand le malade, resté lucide, peut saisir l'irrationna-

lisme de ses déductions, la victoire est possible dans l'espace de quelques mois ou de quelques semaines. Sans doute les récidives sont fréquentes, mais le traitement psychique peut amener des améliorations sérieuses.

Il y a des malades sujets à d'étranges obsessions. Ils ont peur de se jeter par la portière d'un wagon, d'enjamber le parapet d'un pont. Ils craignent de jeter leurs parents par la fenêtre, de blesser quelqu'un avec un couteau, un fusil. Il y en a qui ont une impulsion à s'ouvrir les veines. Mais s'il y a là une certaine *attirance*, c'est en somme une *phobie ;* elle motive le recul et non l'action.

Rien ne tranquillise ces malades comme l'affirmation souvent répétée « qu'ils n'en feront rien ». Il est nécessaire de leur montrer toute la distance qu'il y a entre l'*impulsion* au suicide ou au meurtre et la *phobie* qui, si pénible qu'elle soit, est une sauvegarde.

Il faut s'attacher avec une imperturbable persistance à cette éducation de l'esprit, user de sa dialectique la plus serrée pour corriger le jugement des malades, faire vibrer à l'unisson les cordes du sentiment moral et de la raison.

C'est par manque de courage, de persévérance, que nous péchons dans le traitement de ces psychonévroses. Nous nous attardons trop à distinguer des entités morbides comportant une étiologie, un pronostic différent. Nous ne voyons pas assez le lien qui unit ces différentes affections.

Théoriciens, travaillons à l'analyse nosographique, classons d'après les symptômes, d'après les facteurs étiologiques, cherchons à préciser la symptomatologie, à délimiter les syndromes, établissons des classes et des sous-classes ; mais, devenus praticiens, oublions un peu ces classifications toujours artificielles, toujours variables. En thérapeutique il faut savoir faire de la synthèse sans négliger l'analyse.

Et surtout n'oublions jamais le but final : l'amélioration du malade, que nous abandonnons trop souvent au charlatan plus patient, plus têtu dans son ignorance de la pathologie.

A côté de ces psychonévroses plus ou moins bien déterminées auxquelles on peut résolument appliquer le traitement psychothérapique, il existe une foule de symptômes *nerveux* isolés qu'il est impossible de classer, mais qui sont souvent justiciables des mêmes moyens. Je veux parler de névralgies diverses, de myoclonies, de spasmes, de troubles digestifs variés, de désordres génito-urinaires, qui semblent indépendants d'un état de psychonévrose généralisé. Presque toujours cependant, une observation attentive et prolongée, portant sur l'esprit du malade, sur les causes occasionnelles souvent morales qui amènent les crises, permet de surprendre la mentalité psychopathique du sujet.

J'ajouterai que, même dans le traitement d'affections organiques, qui exigent un traitement physique ou médicamenteux, l'état d'âme du malade est souvent modifié dans le sens neurasthénique et hypocondriaque. Une psychothérapie bienveillante peut rendre de grands services, non seulement en améliorant l'humeur du malade, ce qui serait déjà un bien pour lui et pour son entourage, mais encore en favorisant la guérison des troubles somatiques. Le champ de la psychothérapie est donc très vaste quand on considère l'homme sous ce double aspect, psychique, et physique, et qu'on reconnaît l'impossibilité de séparer ces deux éléments. Il n'y a presque pas d'états maladifs dans lesquels le moral reste indemne et dans lesquels le médecin ne puisse pas intervenir par sa parole claire et convaincante.

DIX-SEPTIÈME LEÇON

Thérapeutique des psychonévroses. — Suppression des désordres actuels. — Modification de la mentalité du sujet pour éviter les récidives. — Foi religieuse; suggestion charlatanesque; suggestion par les médicaments; suggestion scientifique; hypnose.

En face de ces diverses affections que j'ai définies psychonévroses et que, tant pour la commodité du langage que pour y faire rentrer des troubles non classés, je résume sous le nom intentionnellement vague de nervosisme, le médecin se trouve en face de deux indications :

1° Faire disparaître aussi promptement que possible les troubles existants.

2° Empêcher pour l'avenir le renouvellement des désordres.

C'est à la deuxième indication que je donne le plus d'importance.

Sans doute on ne peut séparer les deux buts à poursuivre et il faut tout d'abord songer à délivrer le malade du mal présent. Mais on se contente trop souvent de combattre isolément chacun des symptômes sans s'efforcer de consolider le résultat obtenu en amenant chez le malade un changement profond dans la mentalité. Or, comme cette mentalité antérieure a joué un rôle pathogénique, a déterminé les accidents, l'œuvre thérapeutique reste incomplète.

Il faut voir de plus haut et plus loin.

En fait, la guérison des divers symptômes du nervosisme peut être obtenue, souvent très rapidement, par les moyens les plus divers, les plus opposés. Or quand une maladie quelconque cède à des médications qui ne se ressemblent en rien, entre lesquelles il n'existe aucun lien physiologique, il y a lieu de songer à un facteur commun qui n'est autre que ce qu'on a appelé la suggestion ou mieux l'influence morale.

Cette action psychothérapique domine à tel point la thérapeutique des psychonévroses qu'on peut dire sommairement :

Le névrosé est sur la voie de la guérison aussitôt qu'il a la conviction qu'il va guérir ; il est guéri le jour où il se croit guéri.

Voilà l'idée que le médecin doit se mettre en tête, s'il veut guérir son malade ; mais il ne suffit pas qu'il accepte en sceptique cette notion et l'utilise comme un charlatan, il faut qu'il soit convaincu lui-même et sache transmettre sa conviction par cette contagion qu'exerce la sincérité.

Quand cet état d'âme existe chez le guérisseur, peu importent les moyens qu'il emploie ; ils réussiront tous s'ils font éclore dans l'esprit du malade l'idée fixe de la guérison prochaine. Parmi ces moyens je compte :

La foi religieuse ;

La suggestion charlatanesque ;

La suggestion par l'emploi des médicaments ou des agents physiques ;

La suggestion scientifique ;

La psychothérapie proprement dite par l'éducation de la raison.

La foi religieuse pourrait être le meilleur préservatif

contre ces maladies de l'âme et le plus puissant moyen pour la guérir, si elle était assez vivante pour créer chez ses adeptes un vrai stoïcisme chrétien.

Dans cet état d'âme, hélas si rare dans les milieux bien pensants, l'homme devient invulnérable. Se sentant soutenu par Dieu, il ne craint ni la maladie ni la mort. Il peut succomber sous les coups d'une maladie physique, mais moralement il reste debout au milieu de la souffrance ; il est inaccessible aux émotions pusillanimes des névrosés.

J'ai vu des chrétiens protestants accepter la vie la plus dure, les maladies les plus pénibles, envisager avec sérénité la certitude de leur fin prochaine, sans chercher même à échapper à leur inéluctable destinée en demandant les secours de la médecine ; ils savaient souffrir joyeusement.

J'ai éprouvé une sympathie émue pour un pauvre missionnaire catholique à qui je conseillais de ne plus retourner dans le climat meurtrier de l'Afrique et qui me répondait avec un sourire angélique : J'y retournerai, docteur, c'est mon devoir, c'est ma vie !

Ce christianisme-là fait les saints et les martyrs.

Il est fâcheux que ce ne soit pas ce courage moral que les religions développent. Sans doute de nombreux prêtres de toute religion ont écrit d'admirables livres sur « l'art de vivre » et leurs conseils s'accordent pleinement avec les vues que suscite la pensée philosophique.

Il serait facile de profiter du culte, des fêtes religieuses, pour réveiller la ferveur et entraîner dans cette vie spirituelle ces âmes aveulies par les préoccupations matérielles.

Mais on n'y songe guère dans les milieux dirigeants des églises, et c'est aux puérils miracles que l'on recourt.

Chez les protestants, on guérit par l'imposition des mains et par cette prière presque sacrilège qui consiste à demander à Dieu des faveurs. Dans le catholicisme l'attouchement de certaines reliques suffit et Lourdes est devenu le lieu de pèlerinage le plus fréquenté.

Persuadé que la foi dans la guérison, éveillée par des sentiments religieux, peut guérir non seulement des troubles nerveux, mais même des affections organiques, je m'étais figuré que je trouverais dans la littérature spéciale, non des délivrances miraculeuses, mais au moins des guérisons extraordinaires. La lecture des gros volumes publiés sur ce sujet, celle des *Annales de Lourdes* et un court séjour au lieu même du miracle m'ont détrompé.

Les guérisons y sont, en somme, rares ; beaucoup concernent des névropathes qui auraient pu guérir aussi vite et aussi bien par toute autre influence suggestive. D'autres malades atteints de lésions corporelles ne se disent guéris que lorsqu'ils ont perdu à Lourdes des troubles nerveux surajoutés au mal organique, ou vu s'amender les phénomènes douloureux, toujours psychiques dans leur essence, ne l'oublions pas.

Mais avant tout j'ai surpris chez les médecins du Bureau des Constatations, malgré leur évidente bonne foi, une mentalité telle que leurs observations perdent à mes yeux toute valeur. Je n'ai pu m'empêcher de remarquer, qu'au point de vue de la latitude, Lourdes n'est pas bien loin de Tarascon.

Convaincus d'emblée, ces médecins n'ont pas le moindre esprit critique ; leur confiance dans le témoignage non seulement des médecins, mais de personnes quelconques, dépasse toutes les bornes, et j'ai pu reconnaître dans leurs récits que beaucoup de ces soi-disant miracles ne

doivent leur origine qu'à cette *constatation* absolument insuffisante. Un malade sur lequel on attirait mon attention parce que les plaies qu'il avait aux jambes s'étaient guéries d'un jour à l'autre, me racontait naïvement qu'en arrivant à Lourdes, il s'était plongé dans la piscine sans enlever son pansement, sans avoir montré ses plaies !

J'ai quitté le sanctuaire de Bernadette avec le sentiment pénible, écœurant, que la superstition est encore vivante, comme au moyen âge, à l'aube du xxe siècle. Je m'en console en songeant qu'il ne faut jamais se décourager quand on voit la lenteur avec laquelle progresse la civilisation : la Vérité, elle, marche toujours.

Parmi les charlatans il y en a, je le suppose, qui sont sincères. Ceux-ci ont de nombreux et réels succès. Ils profitent, comme les lieux de pèlerinages, de toutes les erreurs des médecins ; car nous nous trompons souvent, et nos meilleurs maîtres ne sont pas à l'abri de ces défaillances.

Nous faisons souvent des diagnostics erronés, nous déclarons trop facilement incurable une affection qui guérira ; nous n'avons pas une idée assez claire de l'influence qu'exerce l'esprit sur le fonctionnement de nos organes. C'est ainsi que nous laissons beau jeu aux thaumaturges de tous genres.

Les charlatans éhontés, les cyniques qui trompent sciemment le public, ont les mêmes succès quoiqu'ils soient plus éphémères ; eux aussi guérissent des malades que nous avons abandonnés.

Comme les médecins de Lourdes, les charlatans semblent dédaigner les affections nerveuses, les succès faciles de la suggestion, à la portée de tout le monde ; ils veulent des guérisons avérées de maladies organiques, de cancer,

de tuberculose, de fractures. J'en connais un qui se dit spécialiste pour les méningites, tant il est vrai que les erreurs de nos plus grands praticiens laissent de la marge aux guérisseurs !

Une parenté d'âme existe entre ces irréguliers de la médecine et les praticiens qui prescrivent des médicaments ou des moyens physiques dans une intention suggestive.

Il y a parmi les médecins toutes les nuances de mentalité, depuis celle qui fait dire crûment : *Vulgus vult decipi, ergo decipiatur !* jusqu'à celle qui motive la prescription en disant : *Ut aliquid fiat aut factum esse videatur !*

Je sais très bien qu'il y a des occasions où le médecin le plus véridique peut recourir à ces moyens et donner un médicament pour tranquilliser le malade. Mais le médecin qui recourt souvent à cette supercherie n'est certes pas consciencieux. Il est négligent, il met de la paresse à réfléchir, à se faire un plan rationnel de traitement. Il est de plus un impatient qui ne sait pas ce qu'on peut obtenir par la persuasion persévérante.

C'est avec raison que les clients qui ont découvert de quelle façon on les traite, donnent congé à de tels médecins. Récemment encore j'ai vu une malade perdre toute confiance en son médecin, cependant très distingué, parce que, pour la déshabituer du bromure, il avait fait ajouter du chlorure de sodium à mesure que la potion diminuait. C'était du reste une supercherie inutile, car la malade l'aurait abandonné si on le lui avait conseillé.

N'oublions pas les orthodoxes de la médecine qui, comme les charlatans sincères, obtiennent de merveilleux résultats : Aux innocents les mains pleines ! Je partage sur ce point l'avis de mon excellent ami, M. le Professeur

Sahli, qui me disait un jour : J'aimerais mieux, si j'étais gravement malade, être traité par un homéopathe, qui ne me donnerait rien, que par un allopathe imbu de sa puissance thérapeutique.

Par contre, le médecin exerce une excellente influence quand il intervient en employant avec circonspection un médicament utile, ou des moyens physiques rationnels, quand il aide prudemment la nature et quand il sait rehausser cette action par la confiance qu'il inspire au malade.

Passons à la suggestion scientifique.

Avec Mesmer et son baquet magnétique nous retrouvons la conception d'une force mystérieuse agissant sur l'organisme. Le médecin allemand, dont il est difficile, à cent ans de distance, d'apprécier la sincérité, réussissait à provoquer chez la plupart des dames de Paris les diverses manifestations du nervosisme, et, ce qui vaut mieux, il savait aussi les guérir. Il avait pour sa gouverne et partant pour fonder son autorité suggestive une théorie très simple. Écoutez ce qu'on lit dans ses *Aphorismes* : « La parfaite harmonie de tous nos organes et de leurs fonctions constitue la santé. La maladie n'est que l'aberration de cette harmonie. La curation consiste donc à rétablir l'harmonie troublée. Le remède général est l'application du magnétisme. »

Impossible d'avoir un principe thérapeutique plus clair et plus concis !

Mais déjà le successeur de Mesmer, Deslon, sut voir que *l'imagination seule produisait tous ces effets*. Il le reconnut sans ambages en disant : « Mais puisque la médecine d'imagination guérit, pourquoi ne nous en servirions-nous pas ? » Nous retrouverons ce sophisme chez nos hypnotiseurs modernes.

Malgré ces affirmations claires de Deslon, on ne sut pas voir ; les magnétiseurs continuèrent leurs passes et le public s'enthousiasma pour ce mystérieux agent.

Avec Braid, on put croire avoir trouvé la cause des phénomènes hypnotiques dans la fatigue sensorielle causée par la fixation d'un objet brillant, dans l'influence endormante des frôlements produits par les passes. L'hypnose paraissait être un état extraphysiologique dû à des influences matérielles.

Sous son apparence scientifique cette théorie nous ramenait en arrière, et longtemps nous avons vu moins clair que Deslon au XVIIIe siècle. Les états hypnotiques ont été étudiés comme des manifestations maladives. Charcot lui-même n'a pas assez vu l'influence unique de l'imagination, et ses études ont contribué à faire rentrer les sujets hypnotisables dans la classe des hystériques. Avec la métallothérapie de Burq, les actions médicamenteuses à distance de Lhuys, nous nous égarions de nouveau, nous retournions à la superstition.

La clarté ne s'est faite qu'avec les travaux de Liébault et surtout de Bernheim. Tandis que le premier, par ses succès expérimentaux et la simplicité de ses moyens, démontrait la réalité des faits et la facilité avec laquelle on peut obtenir l'hypnose, Bernheim trouvait la clé des phénomènes et montrait que, dans ce domaine, *tout est suggestion.*

Parmi les auteurs qui se sont occupés de cette question Bernheim est le seul, à ma connaissance, qui ait su aller jusqu'au bout dans sa logique.

Il a, pour ainsi dire, découvert la suggestibilité humaine, ou plutôt, comme on en connaissait de nombreux exemples, il a montré que cette *crédulité*, qu'il appelle, je ne sais pourquoi, *crédivité*, est commune à tous les

hommes, et que ceux qui semblent réfractaires ne le sont que momentanément et en raison des conditions psychologiques toutes contingentes dans lesquelles ils se trouvent vis-à-vis de l'expérimentateur.

Après avoir longtemps endormi ses malades pour leur faire des suggestions de guérison, il a su voir qu'il pouvait se passer de ce sommeil artificiel, et il a pratiqué la suggestion à l'état de veille, affirmant la guérison, en faisant miroiter l'espoir devant les yeux du malade. Le premier il a osé dire : *Il n'y a pas d'hypnose, il n'y a que de la suggestion !*

Je ne lui reprocherai qu'une chose, c'est que, parti de l'hypnose et réussissant à provoquer l'état hypnotique dans 90 p. 100 des cas, il n'évite pas toujours « le procédé », l'affirmation brutale du thaumaturge. Sans doute il ne néglige pas l'influence toute morale, la paternelle exhortation, mais cette orthopédie est encore trop fruste, trop rapide ; la pratique de l'hypnose l'a habitué au succès immédiat, aux coups de théâtre. Il mène ses malades par le nez, leur faisant accroire tout ce qu'il veut ; son scepticisme thérapeutique ne connaît plus de bornes : tout est suggestion.

Je ne retrouve pas la même logique chez ceux qu'on pourrait appeler les successeurs de Bernheim. Sans doute la plupart ont admis l'influence évidente de la *suggestion verbale* surabondamment démontrée par l'école de Nancy. Tous ont dû reconnaître que l'on n'obtient pas toujours l'état somnambulique désiré, ce qu'on appelle le sommeil hypnotique, et se contentent de la suggestion à l'état de veille. Mais que de différences d'état d'âme chez tous ces praticiens ! Les uns, uniquement préoccupés de leurs succès de clientèle, hypnotisent ou suggèrent à tour de bras. Ils ne font pas de théorie et se bornent à guérir.

Je ne doute aucunement de leurs succès, mais je ne les leur envie pas.

D'autres ont à la fois ces qualités du « suggestionneur » qui font les grands guérisseurs et un esprit scientifique qui les pousse à analyser cette action, mais ils sont « emballés ». La psychologie physiologique n'a plus de secrets pour eux depuis qu'ils ont fait de l'histologie cérébrale et ils *voient* les irritations centripètes gagner les centres nerveux, caramboler de cellule à cellule et se réfléchir dans la direction centrifuge.

Ils ne savent pas voir que, si la « suggestion » et la « persuasion » sont identiques dans leur action quand on entend par là que toutes deux inculquent des idées, elles sont aux deux bouts de la même chaîne, puisque l'une s'adresse à la foi aveugle, l'autre au raisonnement logique affiné.

Une tendance surtout persiste chez de nombreux observateurs : c'est de voir dans l'hypnose, et même dans la suggestion, des phénomènes anormaux survenant par la voie des nerfs, ou même des représentations mentales, sans participation du psychisme supérieur, du *moi*.

Grasset, avec un talent de vulgarisateur qui me paraît dangereux, a résumé ces vues dans son livre sur l'hypnotisme et la suggestion [1].

Cet auteur admet un certain automatisme dans le domaine psychique et distingue un *psychisme supérieur* et un *psychisme inférieur* (ou automatisme supérieur).

Les actes automatiques supérieurs ont, suivant lui, des centres distincts, d'une part des centres psychiques supérieurs, de l'autre des centres réflexes.

1. *L'hypnotisme et la suggestion*, par le professeur Grasset, de Montpellier. *Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale*. Paris, O. Doin, 1903.

Ces centres ne sont ni dans l'axe bulbo-médullaire (réflexes), ni même dans les centres basilaires et mésocéphaliques (réflexes supérieurs, automatisme inférieur). Ils sont dans l'écorce cérébrale, mais se distinguent des centres du psychisme supérieur.

Il résume ces vues dans le schéma suivant :

« En O est le centre psychique supérieur formé, bien

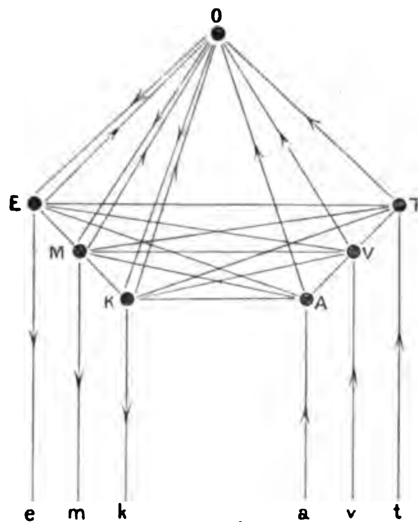


Fig. 3. — Schéma général du centre psychique supérieur O et des centres psychiques inférieurs (automatiques supérieurs).

entendu, d'un grand nombre de neurones distincts : c'est le centre du moi personnel, conscient, *libre et responsable* (c'est moi qui souligne, doutant fort de cette liberté).

« Au-dessous est le polygone (A V T E M K) des centres automatiques supérieurs : d'un côté les centres sensoriels de réception, comme A (centre auditif), V (centre visuel), T (centre de la sensibilité générale) ; de l'autre, les centres moteurs, de transmission, comme K (centre kinétique),

M (centre de la parole articulée), E (centre de l'écriture).

« Ces centres, tous situés dans la substance grise des circonvolutions cérébrales, sont reliés entre eux de toutes manières par des fibres transcorticales, interpolygonales, reliés à la périphérie par des voies souspolygonales centripètes (*a*A, *v*V, *t*T) et des voies centrifuges (E*e*, M*m*, K*k*), et reliés au centre supérieur O par des fibres suspolygonales, les unes centripètes (idéo-sensorielles), les autres centrifuges (idéo-motrices).

« On peut avoir, ou non, conscience des actes automatiques, suivant que l'activité automatique est communiquée ou non au centre O, qui est le centre de la conscience personnelle.

« La conscience ou l'inconscience ne doit donc pas figurer dans les caractères essentiels des actes polygonaux ou automatiques supérieurs ; ils ne deviennent conscients que par l'addition de l'activité de O à l'activité propre du polygone.

« Mais les actes polygonaux sont des actes psychiques, parce qu'il y a de la mémoire et de l'intellectualité dans leur fonctionnement. »

« A l'état normal et physiologique, continue Grasset, tous ces centres interviennent en général tous ensemble, leurs actions s'intriquent et se superposent. » Il admet que dans certains états physiologiques il y a une certaine dissociation entre O et le polygone, *une désagrégation mentale suspolygonale*. Cet état existe dans la *distraction* et le *sommeil*.

Cette désagrégation est plus nette encore dans le cauchemar, dans les mouvements automatiques, involontaires, inconscients, qui font tourner les tables et mettent en mouvement la baguette divinatoire des chercheurs de sources ou de trésors, qui dirigent les liseurs de pensées

(cumberlandisme) et le crayon des médiums spirites.

Enfin la *désagrégation* peut être due à des états pathologiques comme dans le somnambulisme naturel ou provoqué, dans l'automatisme ambulatoire, dans la catalepsie, l'hystérie.

Et, entrant dans l'analyse de ces états de désagrégation plus ou moins complète, il ajoute :

« Ne sont *mentales* que les maladies du psychisme supérieur O. Mais l'hystérie est le plus souvent une maladie du psychisme inférieur polygonal. »

Appliquant ces données à l'analyse des faits d'hypnose et de suggestion, Grasset s'y montre d'un éclectisme déconcertant. D'une part, avec Bernheim, il définit l'hypnose comme un *état de suggestibilité ;* d'autre part il admet chez l'hypnotisé *un état pathologique de malléabilité du polygone.*

L'hypnose existe pour Grasset ; elle est maladive, extraphysiologique ; elle n'est pas le résultat d'une simple crédulité et il dit : « Le crédule est un normal ; son centre O est faible, mais fonctionne. On est crédule dans son O, on est suggéré dans son polygone. »

Le schéma est ingénieux, mais c'est tout. Je serais entraîné trop loin si je voulais analyser ici cet ouvrage bourré d'idées et rétorquer l'argumentation plus spécieuse que solide du savant neurologiste.

Mais il y a un point qui m'importe parce qu'il a trait directement à mes vues thérapeutiques.

Grasset admet le *fait de la suggestion.* Il reconnaît qu'un homme peut agir sur un autre par la voie de l'affirmation verbale ou écrite, accompagnée, ou non, de procédés (fixation du regard, passes) qui exaltent la suggestibilité ; mais il ajoute :

« La suggestion est un phénomène morbide ou au

moins extraphysiologique qu'il faut bien distinguer de l'influence physiologique à ses divers degrés et qui ne s'observe pas chez tout le monde. L'état de suggestibilité est caractérisé par la désagrégation suspolygonale, l'activité ou même l'hyperactivité polygonale et la sujétion complète du polygone ou centre O de l'hypnotiseur : *C'est un polygone émancipé de son propre centre O, obéissant à un centre O étranger.* »

C'est ici que je ne puis partager les vues de Grasset. *L'état de suggestibilité* est normal. On peut dire hardiment que tout le monde est hypnotisable, suggestible. Les sujets qui se montrent réfractaires sont ceux qui momentanément sont dans une situation psychologique défavorable : scepticisme, crainte, distraction. La connaissance exacte des faits de suggestion rend l'individu moins suggestible et c'est pourquoi les médecins échappent le plus souvent à cette influence ; mais cette immunité est acquise par la réflexion.

Quand des observateurs comme Liébault et Bernheim affirment qu'ils réussissent chez 90 p. 100 au moins de leurs sujets, quand Wetterstrand, Forel, Oscar Vogt arrivent à dépasser 97 p. 100, il n'est plus permis d'opposer à ces chiffres celui de 30 p. 100 qu'indique l'école de Paris et celui de 10 p. 100 de Seppilli. Dans une statistique de ce genre ce sont les chiffres les plus élevés qui mesurent la suggestibilité ; les insuccès des autres observateurs montrent qu'ils n'ont pas eu au même degré l'autorité suggestive.

Contrairement à Grasset, je dirai donc : Tout homme est suggestible, voire même hypnotisable aussi longtemps qu'il n'oppose pas à cette influence d'un autre sur lui une mentalité rebelle. Le meilleur préservatif contre cet esclavage psychique serait l'imperturbable confiance dans

son indépendance, la raison sereine qui surprend le secret de cette influence débilitante.

L'expérience montre qu'environ 3 p. 100 des hommes possèdent cette tenue morale. C'est triste, mais c'est comme cela.

Je repousse aussi l'idée de faire de cette suggestibilité une maladie et une maladie du polygone, comme si ce dernier, capable d'indépendance et de volonté, s'émancipait du pouvoir de O.

Ce n'est pas le polygone qui en fait des siennes, à la barbe de O, c'est le moi supérieur qui se relâche de la surveillance qu'il devrait toujours exercer.

Comme je l'ai déjà montré en parlant de la suggestibilité, notre moi pensant, conscient, abdique sa royauté, tantôt parce qu'il estime pouvoir laisser agir ses inférieurs, avec une indifférence voulue ou de la négligence, tantôt parce qu'il est victime des conclusions hâtives, enfin quand il accorde à d'autres, en vertu même de son irrationnalisme, le pouvoir d'agir sur lui.

Oui, le O de l'hypnotiseur, du « suggestionneur », de toute personne qui nous mène, agit, si l'on veut, sur notre polygone, mais toujours par l'intermédiaire de l'O du sujet influencé. Toute *hétérosuggestion*, pour devenir active, doit passer à l'état d'*autosuggestion* et ce phénomène de conviction se passe dans le psychisme supérieur.

Ce qui est malléable ici ce n'est pas le polygone, incapable d'obéir directement à une influence étrangère, c'est O, c'est notre moi intellectuel.

L'hypnotiseur n'a aucune puissance sur nous ou plutôt il n'a que celle que nous lui reconnaissons, en vertu même de notre débilité mentale. Il se présente à nous tenant en mains une chaîne ; c'est nous qui, dans un incroyable aveuglement quand il s'agit de suggestions

mauvaises, dans un désir de guérison bien pardonnable quand l'hypnose poursuit un but louable, attachons l'autre bout de la chaîne à notre cou.

Pour exclure toute participation nécessaire de O, on a argué des faits d'hypnose chez les animaux. Il est probable que nombre de ces faits n'ont rien à voir avec l'hypnose. Mais, quoi qu'il en soit, on tombe ici dans l'erreur de Descartes qui n'accordait une âme qu'à l'homme et faisait de l'animal une machine. La plupart des impuissances, des états cataleptiformes qu'on réussit à produire chez les animaux, paraissent résulter des sentiments de peur, d'intimidation, c'est-à-dire en somme de représentations mentales qui ont leur siège dans le psychisme supérieur, dans le moi sentant et pensant.

L'hystérie, comme les autres psychonévroses, est à mes yeux *maladie mentale*. C'est le moi supérieur qui est faible et qui laisse ainsi au « polygone » un semblant d'autonomie.

On surprend chez tous ces malades l'*irrationnalisme* qui crée cet esclavage vis-à-vis des autres. Cette débilité peut, il est vrai, coexister avec une certaine intelligence dans d'autres domaines. Mais un homme instruit, intelligent, mis au courant de ces notions, ne se laisse plus hypnotiser, suggestionner ; il n'accepte plus que les conseils de la raison.

Je me ferais fort d'immuniser la plupart des sujets contre toute influence suggestive (dans le sens restreint du mot), et cela non pas en m'adressant à leur polygone, sur lequel je n'ai aucune prise, mais à leur moi le plus élevé, en leur rendant l'esprit critique et la conscience de leur indépendance.

Je ne saurais trop insister sur cette donnée que tout « nervosisme » dénote, chez le sujet qui en est atteint, une

tare mentale : un *illogisme caractérisé*. Parfois ce défaut ne semble exister que dans un domaine restreint et ne constituer qu'une « mono-superstition ». Le plus souvent l'examen psychologique ultérieur, dans des conversations touchant aux sujets les plus divers, fait découvrir d'autres désordres dans le mécanisme mental. D'un coup d'œil le médecin voit alors qu'il a charge d'âme et qu'il doit modifier par l'éducation cette débilité de l'esprit.

DIX-HUITIÈME LEÇON

Psychothérapie rationnelle. — Son efficacité dans tous les domaines de la médecine. — Nécessité d'établir chez le malade la conviction de guérison. — Foi aveugle et foi rationnelle. — Persistance qu'il faut mettre à fixer l'idée de la guérison. — Complications organiques. — Suggestions à rebours. — Nécessité de changer l'état d'âme du sujet. — Conditions favorables pour atteindre ce but.

La psychothérapie que j'appelle rationnelle n'a pas besoin de cette espèce de narcose préparatoire de l'hypnose, de cette hypersuggestibilité suggérée elle-même : elle ne s'adresse pas à un polygone malléable mais tout simplement à l'esprit, à la raison du sujet.

Cette thérapeutique psychique est indiquée dans toutes les affections où l'on peut reconnaître l'influence des représentations mentales, des idées. Or, elles sont légion.

C'est une grande erreur de croire qu'elle ne s'applique qu'aux psychonévroses, qu'elle n'est une arme que pour le spécialiste en neurologie, pour l'aliéniste, et que le praticien peut s'en passer.

L'influence morale intervient presque toujours, et depuis que la médecine existe, malades et médecins ont pu la constater. Il n'est pas rare que l'état d'un malade s'améliore après la visite du médecin, soit par suite des assurances favorables qu'il a exprimées, soit par la sympathie qu'il a montrée à son client. Cette psychothérapie a existé de tous temps. Savoir l'appliquer a toujours été la qualité maîtresse de ces praticiens qui sont médecins

dans l'âme et ont su acquérir et conserver une clientèle fidèle et reconnaissante. Ils sont peut-être plus nombreux dans les campagnes et dans les petites villes que dans les grands centres où la concurrence développe le mercantilisme et fait oublier au médecin sa mission humanitaire.

La chirurgie elle-même ne peut s'exercer sans cette influence morale. Sans doute le diagnostic, l'opération exigent d'autres qualités, mais la tenue du chirurgien est de toute importance quand il s'agit d'exposer le pronostic et d'amener le malade à accepter l'intervention opératoire. Par sa patience, sa douce fermeté, la précision de ses conseils, le chirurgien exerce une vraie fascination sur ses clients. Il y a des chirurgiens par qui on se ferait couper la tête ; il en est d'autres à qui on ne confierait pas ses ongles.

Dans les maladies organiques la thérapeutique peut agir matériellement soit sur la lésion, soit sur des symptômes. Mais l'homme ne souffre pas comme l'animal. Il ne ressent pas seulement des sensations douloureuses brutes ; il les exaspère par ses craintes, ses réflexions pessimistes. Souvent ce qu'on appelle son âme est plus malade que son corps et, parfois, cette souffrance morale qui succède à la maladie physique persiste alors qu'un mieux réel est déjà survenu.

Je me souviens d'un vieillard qui, atteint de cholélithiase et d'artériosclérose, avait vu son état s'améliorer grandement et que je trouvai un jour plongé dans le découragement le plus complet.

A ma question : comment cela va-t-il aujourd'hui ? il me répondit maussade : Plus mal que jamais, je suis faible, je me sens mal dans ma peau, écœuré, angoissé, et vous, vous prétendez que je vais mieux !

Je procédai à un examen complet et lui dis : mon cher

monsieur, vous vous portez mieux que jamais ; vous êtes à la veille de la guérison complète et je vais vous le prouver : vous aviez de la fièvre la semaine passée (c'est vous qui l'avez mesurée et notée) ; or vous n'en avez plus depuis quatre jours ; vous étiez jaune comme une orange, vous n'avez plus trace d'ictère ; votre urine était de couleur vert foncé, elle est maintenant jaune paille ; votre langue était chargée, elle est nette ; votre cœur battait trop vite et irrégulièrement, sous l'influence de la digitale il bat à soixante-dix ; le foie gonflé est revenu à ses dimensions normales. Et vous voulez que je dise que vous allez mal ! Non, cher monsieur, vous allez très bien, mais la jaunisse a agi sur votre moral. Vous voyez en pessimiste et vous prenez pour physique un mal tout moral. Vous êtes de mauvaise humeur aujourd'hui. Chassez-moi toutes ces idées, et vous verrez tous vos malaises disparaître. Je ne vous donne aucun médicament, car je n'en connais aucun en pharmacie qui fasse d'un pessimiste un optimiste.

Le malade me lança un regard furieux et n'en voulut rien croire, mais le lendemain il me reçut avec un vigoureux juron et me dit : Vous avez eu bien raison hier ! Après votre départ je me suis tâté, j'ai regardé ma langue, mon urine, ma feuille de température, j'ai même compté mon pouls et j'ai reconnu que vous étiez dans le vrai. Mon humeur s'est bientôt améliorée ; j'ai déjeuné dans des dispositions conquérantes et bientôt je me suis senti très bien !

Je rencontre souvent ce fin vieillard et il me sourit toujours en se souvenant de cette cure morale si rapidement efficace, quoiqu'il fût sur le déclin d'une cholémie.

Il n'est pas de maladies dans lesquelles le médecin psychologue ne puisse trouver l'occasion d'agir moralement,

soit en dissipant des préjugés, soit en remontant son malade par une parole encourageante, sérieuse ou plaisante. Amener le rire sur le visage d'un malade est souvent le meilleur moyen de dissiper ces états d'âme fâcheux, greffés sur des maux corporels. Le vrai médecin fait plus de bien par sa parole que par ses ordonnances.

Mais si la psychothérapie est utile dans le traitement de toutes les maladies, elle devient nécessaire quand il s'agit de ces affections toutes mentales auxquelles j'ai consacré ces leçons.

Je sais que ce n'est pas l'avis de tout le monde et qu'on persiste à appliquer à ces maux les moyens ordinaires de traitement. J'ai trop souvent constaté l'insuccès de ces tentatives de thérapeutique physique et reconnu l'efficacité de la médecine de l'esprit pour revenir en arrière. J'estime que c'est avant tout dans la psychothérapie directe qu'il faut chercher le remède à ce nervosisme envahissant.

Il ne faut pas se contenter de cette vague action morale, de cette suggestion qui s'infiltre dans toute œuvre thérapeutique. Il faut au contraire préciser cette influence de l'esprit sur le corps, l'analyser psychologiquement, saisir le mécanisme des réactions physiologiques qui succèdent aux mouvements de l'âme. Notre foi dans ces moyens n'est pas assez vivante, et nombre de malades pâtissent encore de notre timidité, de notre aboulie thérapeutique.

Si le malade névrosé ne guérit que quand il croit qu'il va guérir, le médecin ne réussit dans son œuvre que quand il a la confiance anticipée dans le succès de son traitement.

Pour arriver à son but, il faut que le médecin sache s'emparer de son malade. Il faut que, dès le début, il s'établisse entre eux un lien puissant de confiance et de

sympathie. Aussi la première entrevue est-elle sous ce rapport décisive.

Il peut bien arriver qu'un malade revienne sur certains jugements précipités et que des relations favorables s'établissent par la suite ; si c'est le médecin qui, par des affirmations trop brusques, par son impatience, a manqué, dirai-je, son entrée, il peut encore corriger cette faute. Mais en général la première consultation donne la mesure du degré d'entente qui va s'établir et dont dépend en grande partie le succès final.

Il faut que le malade sente aussitôt que le médecin ne voit pas seulement en lui « un client », pas seulement « un cas intéressant », mais qu'il est un ami ne songeant qu'à le guérir. Nous devons, nous, praticiens, manifester à notre malade une sympathie si vivante, si enveloppante, qu'il aurait vraiment mauvaise grâce à ne pas guérir.

Quand le malade constate cet état d'âme chez le médecin, il est déjà bien avancé sur le chemin de la guérison. Il est comme « envoûté » par une pensée charitable, et cette joie émue lui donne déjà le sentiment d'euphorie. Le médecin subit le contre-coup de cette émotion et lui aussi peut se dire intérieurement : Cela ira, mon malade guérira !

La puissance d'action du médecin dépend de la profondeur de sa conviction. Mais pour qu'elle soit profonde, il faut qu'elle soit sincère ; il faut qu'elle soit basée sur le diagnostic et le pronostic. C'est cette vue sur l'avenir qui va faire naître l'espoir chez le malade, le transformer en certitude.

Le charlatan, lui, n'hésite pas dans ses affirmations ; il se présente en guérisseur et les insuccès ne le désarçonnent pas. Les croyants qui guérissent par l'influence religieuse peuvent toujours opérer une bonne retraite en

disant : vous n'avez pas la foi. Beaucoup d'hypnotiseurs arrivent à prendre aussi une attitude analogue, et le sentiment d'avoir en mains une panacée les rend souvent négligents sur le chapitre du diagnostic. Essayons, pensent-ils, de dissiper les troubles par la suggestion, nous verrons alors si le mal est nerveux.

Le médecin qui ne veut recourir qu'à des moyens rationnels n'a pas ces ressources. Son pronostic ne peut se baser que sur un examen fait selon toutes les règles de la clinique. Il doit, dès le début, faire le diagnostic différentiel entre les affections organiques et les psychonévroses qui les simulent si bien.

Quelques confrères m'ont objecté que cette façon de faire naître chez son malade la conviction de guérison n'est que suggestion pure et simple. Oui, si par suggestion on entend tout procédé qui consiste à mettre une idée en tête, non, si l'on tient compte du caractère rationnel des moyens employés.

Il y a de la foi dans toute conviction, mais il y a la foi aveugle et la foi raisonnée. Il y a une grande différence de mentalité entre celui qui se contente d'une affirmation, qui se laisse subjuguer par la personnalité du guérisseur, et celui qui arrive à la confiance par l'exposé clair des raisons de croire.

En général le médecin qui connaît à la fois les états psychopathiques et les affections organiques peut juger très vite de la situation et asseoir sur des bases rationnelles, sur son expérience, ce pronostic qui va créer chez le malade l'appétence de la guérison.

Parfois cependant les questions de diagnostic différentiel sont épineuses et il faut des semaines d'observation pour que le médecin ose prononcer les mots magiques : Vous guérirez !

C'est là une position pénible pour le médecin consciencieux, et je ne serais nullement étonné si un malade que je n'aurais pas réussi à guérir trouvait la guérison dans les mains d'un irrégulier de la médecine, plus hardi dans ses affirmations.

Quand on a réussi à faire naître chez le malade cette quasi-certitude de guérison, il faut entretenir cet état d'âme pendant toute la cure. Toutes les fois qu'on surprend quelque fait qui confirme le pronostic favorable, il faut le faire remarquer, revenir sans se lasser sur ce sujet. Toute amélioration, si minime qu'elle soit, même alors qu'elle ne concerne pas les symptômes particulièrement pénibles, doit être notée, et il faut que le malade puise dans cette constatation une nouvelle raison de relever son courage.

Rien n'est insignifiant dans ce domaine ; il faut savoir faire flèche de tout bois.

Il y a des malades qui arrivent d'emblée à l'état d'âme voulu. J'en ai vu qui s'étaient mis en face de ce dilemme : ou bien le docteur me renverra, alors je suis perdu ; ou bien il me prendra en traitement, alors je suis sauvé !

D'autres n'arrivent à la conviction que lentement. Ils sont sceptiques, parfois même ils discutent avec âpreté, plaident souvent contre leur propre cause. Il semble qu'ils mettent un malin plaisir à prouver qu'ils sont incurables. D'autres n'arrivent qu'à l'espérance vague, à cette foi tiède qui ne soulève pas les montagnes ; ils ont l'obéissance passive, suivent toutes les prescriptions de la cure, mais ils n'ont pas l'entrain. Quelquefois la conversion a lieu très tard, à la fin d'une cure, et ici le succès dépend uniquement de la patience, de l'imperturbable persévérance que le médecin met à obtenir le résultat. L'exemple suivant est typique :

Il y a quelques années, j'avais en traitement une jeune fille de vingt-quatre ans qui, à la suite de surmenage, était tombée dans un état nerveux difficile à classer.

Calme, raisonnable, nullement hystérique au point de vue mental, elle souffrait depuis huit jours de maux de tête et de rachialgies intenses empêchant tout travail. En outre la malade avait eu, au dire des parents, deux attaques épileptiques avec perte de connaissance si complète qu'elle n'avait conservé aucun souvenir de ces accidents.

L'exploration de la sensibilité cutanée ne révéla aucun stigmate d'hystérie. La malade boitait légèrement, traînait le pied gauche par suite d'une parésie légère des muscles qui mettent le pied en flexion dorsale. Enfin la malade présentait, égale des deux côtés, une trépidation épileptoïde évidente et une exagération marquée des réflexes rotuliens.

La malade, amaigrie, fatiguée, fut soumise à une cure régulière de repos, d'isolement, de suralimentation et de psychothérapie. Elle la fit avec la plus grande docilité, gagna onze kilos en poids, régularisa ses fonctions digestives troublées, mais les phénomènes douloureux ne s'amendèrent pas, et, au bout de deux mois, je trouvai ma malade dans la désespérance la plus complète.

Je veux m'en aller, disait-elle en fondant en larmes. Vous savez que j'ai été obéissante, que je n'ai négligé aucune de vos prescriptions ; elles ont produit un effet sur mon état de nutrition, mais j'ai toujours mes douleurs dans la tête et dans le dos.

Je comprends votre découragement, lui répondis-je, mais je ne le partage pas et voici pourquoi : Vous avez, il est vrai, les mêmes douleurs, mais je vois qu'il y a chez vous quelque progrès. Non seulement vous vous êtes

fortifiée, mais vous avez perdu ce tremblement des pieds que vous aviez à votre arrivée.

Avec un sourire amer la malade objecta : Que m'importe ce tremblement, je n'en ai jamais souffert ; c'est vous qui l'avez découvert en relevant brusquement mon pied ! Je suis venue pour mes maux de tête, pour mes douleurs dans le dos ; il n'y a pas l'ombre d'amélioration sous ce rapport.

— Je suis d'accord, j'abonde dans votre sens et je ne blâme nullement un découragement aussi motivé, mais comme médecin j'envisage la situation d'une autre manière. Votre mal nerveux se compose de symptômes divers. La céphalalgie et la rachialgie sont ceux qui vous sont pénibles, ce sont les seuls auxquels vous accordiez quelque importance et c'est votre droit. Pour moi, médicalement parlant, tous ces symptômes se valent. Pour vous le tremblement des pieds est indifférent ; pour moi il est aussi important que les maux de tête ; il est, lui aussi, un des symptômes de votre mal. Ce sont, dirai-je, taches de la même encre, et si nous avons réussi à effacer la plus petite, il y a des chances pour que nous arrivions à les faire disparaître toutes. Restez, reprenez courage !

Elle reste un mois de plus et s'en retourne guérie.

J'estime que le médecin qui veut avoir raison d'états nerveux graves doit garder soigneusement cette idée directrice qu'il n'y a pas de symptômes sans importance et que la plus minime amélioration doit contribuer à entretenir la confiance. Il est comme le matelot qui prévoit un changement de temps favorable en constatant une éclaircie que les passagers ne voient pas ou à laquelle ils n'auraient pas songé à accorder quelque valeur.

Il est une autre règle clinique que le psychothérapeute ne doit jamais oublier, c'est qu'il ne faut pas, à moins de

nécessité évidente, admettre chez son malade deux affections concomitantes.

Si vous avez reconnu une forme quelconque de nervosisme, faites rentrer dans ce cadre tous les symptômes que vous observez. Sans doute il ne faut pas forcer les choses ; on peut être hystérique et tuberculeux, neurasthénique et rhumatisant ; on peut avoir en même temps plusieurs maladies. Mais il ne faut admettre cette situation que sur des preuves manifestes. Toute complication organique, surtout si elle est plus grave que le nervosisme, assombrit le pronostic. Or, pour relever le malade, lui transmettre la conviction qu'il guérira, il faut un pronostic franc ; il faut que le médecin puisse, avec un bienveillant sourire, allumer cette foi. Faire des restrictions, c'est l'attiédir.

Hélas, nous y sommes parfois forcés pour les tabétiques, par exemple, chez lesquels un état neurasthénique, mélancolique, vient souvent se greffer sur l'affection médullaire. Chez certains malades l'exagération des réflexes tendineux, pour peu qu'elle paraisse prédominer d'un côté, vient ébranler notre idée première de nervosisme ; nous soupçonnons un processus de sclérose médullaire et nous n'osons plus garder ce ton affirmatif si nécessaire pour arriver au but. Nous hésitons au détriment de notre action morale, quand nous constatons les symptômes d'une pseudo-angine de poitrine chez un sujet d'un certain âge, d'un syphilitique, ou quand nous surprenons des intermittences, le renforcement du second bruit du cœur.

Il est bon de ne pas se laisser troubler par la constatation de symptômes cliniques dont la valeur exacte n'est pas suffisamment établie. Deux fois, dans le cours de cette année, j'ai failli perdre mon influence morale, pour

avoir donné trop d'importance au symptôme de Babinski. J'avais surpris chez mes malades, et cela d'un seul côté, une flexion dorsale des orteils au chatouillement de la plante du pied, alors que l'autre côté réagissait normalement. Heureusement je vis le danger qu'il y aurait à utiliser cette constatation pour le pronostic. Vis-à-vis des malades je cachai ce doute ; me basant sur l'ensemble des symptômes, je persistai à prédire la guérison et j'eus le bonheur de l'obtenir.

Sans artifices, sans mensonges, en gardant en soi-même l'intention de véracité, il faut savoir inculquer au malade cette conviction qu'il va guérir. Il faut au médecin le don de persuasion ; il faut qu'en avocat convaincu, il sache présenter ses arguments, les multiplier, marteler dans la tête de son malade l'idée de la curabilité.

Quand, arrivé à un diagnostic certain, j'ai affirmé au malade que son mal est *nerveux*, j'ajoute aussitôt : Et remarquez bien ceci ; dans mon dictionnaire le mot de *nerveux* est accolé au mot de *curable ;* ces deux adjectifs sortent toujours ensemble. Et quand, méfiant encore, il ajoute : oui, docteur, mais vous parlez d'une manière générale, abstraite, je lui réponds du tac au tac : non, c'est au concret que je parle : vous êtes un névrosé, et vous guérirez !

Ah, dans ces occasions décisives, il ne faut pas que le médecin ait l'âme flottante, qu'il se contente de phrases sceptiques, d'affirmations timides. C'est le moment d'être éloquent tout en restant sincère, comme l'avocat de cour d'assises qui est profondément convaincu de l'innocence de son client, et veut l'arracher à la condamnation.

Ce n'est pas ce que font de nombreux praticiens. S'il en est qui sont charlatans, il y en a d'autres qui sont maladroits et qui pratiquent la suggestion à rebours. A un

neurasthénique ils affirment qu'il guérira, oui, mais en lui déclarant que cette maladie dure environ trois ans ! Comme c'est consolant pour un malade qui doit gagner sa vie !

J'ai vu un médecin cherchant sérieusement à consoler une dame atteinte de troubles nerveux en lui annonçant qu'elle irait mieux à la ménopause ; elle avait trente-deux ans !

Bien des malades doivent la persistance de leurs troubles fonctionnels au médecin qui, par des paroles imprudentes, a fixé l'idée. Beaucoup de névrosés qui souffrent de l'estomac croient à une maladie de cet organe et c'est le médecin qui, par ses examens inutiles, les a induits en erreur. Les paralysies hystériques guériraient plus vite si on ne les traitait pas comme paralysies réelles par des moyens locaux. Les diverses psychonévroses qu'on appelle traumatiques ne seraient pas si graves si le médecin savait qu'il s'agit là d'un mal psychique, si l'état hypocondriaque n'était pas entretenu par les traitements physiques, les préoccupations d'indemnité.

J'ai vu une fillette de quatorze ans qui, à dix ans, avait reçu d'un bébé un coup de baguette de tambour sur le coude gauche. Il en était résulté une vive douleur, mais il n'y avait aucune lésion. La guérison serait survenue en quelques heures si le médecin avait su tranquilliser la fillette. Or, devant la malade, le médecin déclara : c'est très grave, très grave ! c'est une névrite traumatique ! j'aimerais mieux que la malade se fût cassé les deux bras !

L'algie nerveuse dura quatre ans ; la douleur s'étendit au dos, au bras droit, sans que jamais une paralysie sensible ou motrice, une atrophie, vinssent confirmer l'existence d'une névrite. Voilà une maladie créée de toutes pièces par le médecin.

Parfois le médecin sait reconnaître la nature psychique du mal, mais, trop impatient, il l'affirme dans des termes qui sont blessants pour le malade. Ce dernier en conclut qu'on le prend pour un être douillet qui ne sait pas supporter une douleur, pour un malade imaginaire.

C'est là une crainte qu'il ne faut jamais laisser germer dans l'esprit du malade. Il faut croire à la réalité de ses souffrances, lui montrer une entière sympathie et si, peu à peu, on lui prouve qu'elles ont une origine psychique, il faut le faire dans une longue conversation amicale. Alors le malade voit clair ; j'ai ouï des paysans me dire : Je vois bien que vous dites vrai et que ce n'est pas par négligence que vous ne me donnez pas de médicaments. Il aurait été plus simple pour vous de me faire une ordonnance au lieu de me donner pendant une heure des explications si claires sur mon mal. Je comprends ce que vous me dites et j'ai le sentiment que je saurai suivre vos conseils.

Il faut donc, en face des névroses, savoir s'emparer d'emblée du malade, lui inculquer l'idée fixe qu'il guérira. Il faut encore maintenir la fixité de cette idée jusqu'à guérison, amener la conviction par des raisons toujours plus impérieuses. Enfin, dans le cours du traitement, il faut étudier la mentalité du sujet, surprendre son illogisme, sa suggestibilité exagérée, et, dans des conversations journalières, modifier sa mentalité native, car c'est dans cette mentalité qu'il faut chercher la cause première du mal.

Cette prétention de changer, en quelques semaines, la mentalité d'un sujet fera sourire bien des confrères. Je n'en suis pas étonné et j'aurais souri avec eux il y a vingt ans ; j'aurais dit : C'est impossible ; chassez le naturel, il revient au galop !

Eh bien, non ; il est plus facile qu'on ne pense, de changer l'état d'âme d'un malade, de lui inculquer de saines maximes de philosophie médicale, et si le naturel revient souvent, ce n'est pas au galop, et il est facile de le chasser de nouveau.

Il est évident que pour obéir à ces indications successives et amener la guérison il faut du temps ; il faut que le médecin et le malade restent en contact pendant un temps suffisant.

Nous verrons que parfois l'œuvre psychothérapique peut être rapide au point de n'exiger qu'une ou deux conversations. Mais, dans la plupart des cas, le mal est trop ancien pour céder en si peu de temps. Dans les cas graves, rebelles, il faut une cure prolongée, dans une clinique où l'on peut adjoindre le traitement physique à l'influence morale continue.

J'ai adopté dans ce but la cure de Weir Mitchell qui, on le sait, comporte le *repos au lit*, l'*isolement*, la *suralimentation* et diverses autres mesures moins importantes.

Sans être indispensables ces conditions favorisent tout particulièrement le traitement psychique et je n'hésite pas à conseiller aux médecins qui veulent cultiver la psychothérapie rationnelle, de recourir à cette méthode. Peu à peu ils verront qu'elle n'est pas toujours applicable, qu'il faut savoir individualiser, tenir compte des circonstances, et quand ils auront acquis le don de la persuasion, ils oseront tenter des cures plus rapides à l'hôtel, dans une pension quelconque, voire même dans le milieu familial. Mais pour arriver là, il faut l'expérience acquise dans des conditions favorables et je n'en vois pas de plus propices que celles que donne le traitement préconisé par le médecin de Philadelphie.

DIX-NEUVIÈME LEÇON

Cure Weir Mitchell; modifications qu'elle doit subir pour être efficace. — Utilité des mesures du repos au lit, de la suralimentation, de l'isolement. — Importance du facteur psychique. — Le traitement des psychonévroses doit être une cure de psychothérapie faite dans des conditions favorables de repos, de suralimentation et d'isolement. — Esquisse de cette influence morale.

Il y a plus de vingt ans que j'ai adopté la cure de Weir Mitchell et, au début, je l'ai pratiquée dans l'esprit de l'auteur, c'est-à-dire en attribuant une importance capitale aux mesures physiques. Je tenais alors au repos absolu au lit, à l'isolement complet sans lettres et sans visites ; je cherchais à obtenir aussi rapidement que possible, par la suralimentation, de grandes augmentations de poids du corps. Comme les médecins américains et anglais, j'attachais quelque prix au massage ; enfin, versé dans les questions d'électricité médicale, je pratiquais consciencieusement la faradisation générale.

Peu à peu ce traitement s'est modifié dans mes mains. J'abandonnai très vite l'électrisation. Je trouvais bien fastidieuse l'occupation monotone de promener une électrode sur le corps de mon malade ; parfois je m'arrêtais dans ce travail pour causer avec lui et bientôt je m'aperçus qu'un mot bienveillant, un conseil de philosophie est plus précieux qu'une demi-heure de faradisation.

Plus tard, dans bien des cas, je renonçai à la clause souvent pénible de l'isolement absolu. Quand mes malades n'avaient pas, au bout d'une semaine, une augmentation suffisante, je ne m'en désolais pas. Je ne renvoyais pas pour cela la masseuse qui n'en pouvait mais, et je me bornais à conseiller à mes malades de manger un peu plus. Il m'arriva de renoncer même au repos au lit parce que l'état de nutrition ne me paraît pas assez mauvais pour exiger cette mesure. Enfin et surtout j'attribuai toujours plus de valeur à l'influence morale.

J'ai conservé, pour les cas graves, les mesures physiques du traitement, mais ma cure poursuit d'autres fins. Elle n'est plus une « Rast cure », une cure de repos, comme l'appellent les Américains et les Anglais. Elle n'est pas non plus une « Mastkur », une cure d'engraissement, comme disent les Allemands, qui me semblent attacher trop de prix à l'embonpoint. En France où, malgré tous les efforts du professeur Déjerine à la Salpêtrière, on applique si peu ces méthodes, on parle de « cure d'isolement ».

La cure, telle que je la conçois après l'avoir longtemps pratiquée, est une cure de psychothérapie, faite dans des conditions favorables de repos, d'isolement et de suralimentation.

J'ai dit que ces mesures ne sont pas toujours nécessaires ; elles sont des auxiliaires précieux dans les cas graves.

Analysons l'action de ces mesures physiques.

Le repos au lit est nettement indiqué dans tous les cas où dominent les sensations de fatigue, les symptômes de dénutrition. Chez ces épuisés qui sont à la veille de la faillite physiologique, il y a un intérêt évident à réduire au minimum les dépenses et il est, en général, facile de

faire comprendre au malade la nécessité de cette économie.

Cependant beaucoup protestent contre cette mesure. Ils partagent, avec le public et avec beaucoup de médecins, l'opinion que le lit affaiblit. Je n'ai pas de peine à leur faire voir qu'ils se trompent. Ce qui affaiblit les malades alités, ce n'est pas le lit, mais la maladie qui les force à y rester. C'est elle qui, par la fièvre, le manque d'appétit, l'insomnie, la souffrance, ou par l'intoxication, amène l'émaciation et l'amyosthénie. Quand ces troubles n'existent pas, le lit fortifie l'organisme.

Sans doute il ne faut pas avoir en vue la force musculaire, surtout celle des extrémités inférieures immobilisées ; il ne faut pas se mettre au lit pour devenir athlète. Cette force musculaire perdue revient, du reste, très vite par l'exercice, et je vois des malades, qui ont passé six ou huit semaines au lit, se montrer très ingambes après deux ou trois jours.

Pour tous les autres organes, le séjour au lit prolongé, ordinairement pendant six semaines, a des avantages incontestables. Souvent les malades aspirent à ce repos et y perdent très vite le sentiment de lassitude chronique.

Contrairement aux idées courantes, l'appétit, chez ces malades, devient meilleur au lit ; la digestion se fait mieux, et si ce repos favorise au début la constipation, la suralimentation supprime bientôt cet inconvénient.

Le décubitus dorsal agit très favorablement sur la circulation. Le pouls devient plus lent, plus régulier ; l'irrigation cérébrale est favorisée par la position horizontale et ces malades au teint terreux, aux traits tirés, reprennent bonne mine au lit.

On n'a pas assez vu cette action bienfaisante du repos prolongé sur les organes de la circulation. Je l'ai con-

statée d'une manière frappante dans divers cas de cardiopathie organique. Deux de mes malades, l'un atteint d'insuffisance mitrale, l'autre d'artériosclérose, chez lesquels le repos relatif, la diète lactée, la digitale, n'avaient amené que des résultats passagers, retrouvèrent un pouls normal après qu'une hémiplégie les eut condamnés au repos absolu. Le pouls se ralentit peu à peu et resta régulier pendant un an chez l'un de ces malades ; l'autre, hémiplégique droit depuis trois ans bientôt, a vu cesser, pendant toute cette longue période, les troubles cardiaques, les phénomènes d'angine de poitrine qui annonçaient la fin prochaine.

N'oublions pas qu'au lit les malades, si sensibles à toutes les influences, sont protégés contre les intempéries et le plus souvent contre les affections microbiennes qu'amène le commerce avec nos semblables.

L'objection principale est ordinairement la crainte de l'ennui. Les malades s'effrayent à l'idée de rester ainsi sans lectures, sans distractions.

J'autorise parfois mes malades à faire quelques petits travaux manuels : ouvrages à l'aiguille, jeux de patience ; je leur permets de feuilleter quelque revue illustrée, mais j'ai toujours cru devoir supprimer la lecture, tout au moins pour les malades qui accusent de la fatigue de tête.

On arrive aisément à persuader les malades, si on se donne la peine de leur montrer la raison d'être de ces mesures de repos. C'est au médecin de les amener à la docilité, non par des ordres, mais par des conseils.

Quand le malade a bien reconnu la nécessité de diminuer les dépenses, il n'est pas difficile de lui démontrer l'utilité qu'il y aurait à augmenter les recettes, mais alors surgissent de nouvelles objections. Le malade est ordi-

nairement un dyspeptique nerveux qui se croit atteint de dilatation d'estomac, d'entéroptose et qui vous répondra : Mais, je ne peux pas manger !

Or ce malade, souvent amaigri au dernier degré, a besoin d'une bonne alimentation, d'une suralimentation même, tant pour gagner rapidement du poids que pour dissiper l'idée fixe de la dyspepsie. C'est ici qu'il faut savoir remporter dès le début une victoire décisive.

Si vous êtes sûr de votre diagnostic de nervosisme, n'hésitez pas à déclarer aux malades qu'une alimentation copieuse, variée, est nécessaire s'ils veulent sortir de leur état de débilité chronique. Montrez-leur bien clairement tous les inconvénients du régime restreint qu'ils ont suivi jusqu'alors, souvent pendant bien des années : dénutrition progressive, faiblesse croissante, constipation et ses suites.

Allez même plus loin et démontrez-leur la nécessité d'une *suralimentation* pendant la plus grande partie de la cure, si leur émaciation l'exige. Pourquoi suralimentation ? Parce que l'alimentation normale, malgré le repos, ne suffit pas, en général, pour amener une rapide augmentation de poids du corps ; parce que cette augmentation est désirable, tant pour produire une euphorie réelle que pour agir moralement sur le malade ; parce que le malade qui aura supporté ce régime (ils le supportent tous) sera à tout jamais délivré de ses craintes hypocondriaques.

Il est de toute importance d'obtenir ces victoires au début ; elles décident souvent du sort de toute la campagne.

Quand le malade n'a pas de grands troubles dyspeptiques ou quand tout en se plaignant de l'estomac, il suit un régime absurde, mangeant de la viande ou des œufs

en excès, on peut le mettre d'un jour à l'autre au régime des trois repas ; il verra bientôt qu'il gagne au change.

Mais le plus souvent la dyspepsie est ancienne, les préventions sont enracinées ; on risquerait de compromettre le résultat en mettant à trop forte épreuve les facultés digestives. Aussi ai-je coutume de faire faire au malade une cure lactée préparatoire. L'expérience m'a montré qu'il est inutile de la prolonger au delà de six jours et qu'on peut dès lors amener le malade à la suralimentation. Je détaillerai ces mesures de régime quand je traiterai des dyspepsies nerveuses.

Si la plupart des malades acceptent sans grand'peine ces deux mesures de repos et de suralimentation qui concourent au même but, fortifier le malade, ils protestent plus vivement contre l'isolement. Or cet isolement est bien souvent nécessaire. Il est imposé par les conditions mêmes de la cure pour les malades étrangers internés dans une clinique ; ils ne peuvent s'y installer en famille. Mais, le pourraient-ils, il ne serait pas bon de les y autoriser.

Le névrosé doit en général être sorti du milieu familial où il est soumis à de fâcheuses influences. De graves dissentiments entre le mari et la femme, entre les parents et les enfants, jouent souvent un rôle étiologique dans le dévelopement des psychonévroses ; il y a des incompatibilités d'humeur, et les malades eux-mêmes reconnaissent la nécessité d'une séparation.

A supposer même que les relations avec les parents, les amis, fussent agréables, elles ne sont pas moins funestes pour ces malades impressionnables. Les lettres qu'ils reçoivent réveillent la nostalgie ; elles font couler des larmes, et ces états émotionnels suffisent pour pro-

voquer des maux de tête, des insomnies, de l'anorexie.

Convaincu de la nécessité de cet isolement, je l'ai exigé dans tous les cas au début de ma carrière et c'est moi, qui, par des lettres hebdomadaires, entretenais entre mes malades et leurs proches les relations nécessaires. Avec le temps je suis devenu moins sévère.

On peut, dans bien des cas, s'il n'y a pas de fatigue intellectuelle, permettre la correspondance, les visites. Mais quand le médecin croit pouvoir renoncer au plan de cure habituel, il faut qu'il le fasse de son chef, à bon escient, et qu'il ne se laisse pas arracher des concessions. Je ne veux pas dire par là que le médecin doive mettre un soin jaloux à marquer son autorité, à faire passer le malade par où il veut. Cette façon brutale d'amener l'obéissance n'est jamais bonne et elle est inutile quand le médecin sait capter la confiance de son malade.

Ce que les malades redoutent le plus dans cet isolement c'est de se trouver en face d'eux-mêmes, livrés à leurs pensées tristes. Et nous voilà, dès la première entrevue, obligés de prêcher à notre malade du stoïcisme de bon aloi, de lui recommander l'optimisme. Il faut que, dès le début, il sache faire un choix dans cette cohue de pensées qui assiègent son esprit dans ces heures de solitude, qu'il repousse les sentiments de découragement. Son optimisme doit être incité par l'idée de la guérison prochaine assurée.

Il faut que, se souvenant de la longue durée de ses souffrances et de la brièveté de la cure (environ deux mois), il sache accepter cette dernière joyeusement, la trouver courte, facile.

C'est ici que le médecin doit posséder ce don de persuasion se jouant des obstacles que lui opposent les malades.

Je me souviens d'une pauvre femme, sans éducation, qui dut se soumettre à cette cure pour un état nerveux ancien avec symptômes astasiques-abasiques qu'on avait toujours attribués à une myélopathie. Elle s'installa avec un grand courage, dit adieu à son mari et à ses enfants avec une vaillance qui m'étonna.

Mais au bout de peu de jours son courage faiblit et je trouvai la malade en larmes, me déclarant qu'elle avait de l'ennui et ne pouvait continuer.

Je lui fis observer combien il serait fâcheux qu'elle renonçât à une cure si nécessaire. Eh oui, dit-elle, c'est encore là ce qui me désole. Je sens que ce traitement est précieux pour moi et je m'afflige de ne pas pouvoir le supporter. Me permettez-vous de lire ?

Je le voudrais bien, répondis-je, mais je ne crois pas que cette concession vous faciliterait la tâche. Si vous lisez une heure par jour, et c'est trop pour votre tête, il vous reste encore environ quinze heures de veille pendant lesquelles vous avez le temps de broyer du noir. Croyez-moi, il n'y a qu'un moyen de chasser l'ennui, mais il est radical. Il consiste à avoir la vue claire du but à poursuivre. Songez-y ! Vous souffrez depuis des années et la vie vous est à charge. Votre mari se désespère de vous voir ainsi et vos enfants n'ont pas les soins si nécessaires d'une mère. Or, la nature de votre mal me fait espérer une guérison durable par une cure de deux mois. Voyez bien la grandeur du but et la petitesse de l'effort. Voyez-la devant vous cette guérison, tendez les bras vers elle, jouissez-en par avance et les journées vous paraîtront moins courtes.

La malade réussit d'un jour à l'autre à créer chez elle cet état d'âme et arriva en six semaines à un résultat complet.

Il est très rare que l'on rencontre des malades incapables de supporter l'isolement. Ce sont ou des mélancoliques, que cette claustration angoisse, ou des instables à qui manque totalement la maîtrise d'eux-mêmes. Il faut alors savoir renoncer à ces mesures et faire le traitement dans d'autres conditions.

Me basant sur une expérience déjà longue j'ose affirmer qu'il est en général facile d'amener les madales à accepter, dans un bon esprit, ces trois mesures du repos, de la suralimentation et de l'isolement.

J'ai continué à conseiller le massage général, consistant en un effleurage des grandes masses musculaires des extrémités. Il active la circulation intramusculaire et supprime ainsi le seul inconvénient du repos au lit. C'est une gymnastique passive sans dépense nerveuse pour le malade. Fait par un aide expérimenté, ce massage laisse le malade dans un état de légère lassitude béate ; il se sent réchauffé, accuse souvent une tendance au sommeil ; le massage de l'abdomen peut contribuer à rétablir les fonctions intestinales. Enfin cette heure de traitement physique mitige un peu l'isolement. La journée passe plus vite et la conversation avec le masseur, la masseuse, distrait les malades.

Il est bon que ces aides soient assez intelligents pour être une société pour les malades. Souvent, par leur simple bon sens, sans qu'on leur ait fait la leçon, ils saisissent les indications psychothérapiques et secondent le médecin dans son œuvre. Les infirmières laïques ou les religieuses savent aussi exercer cette action bienfaisante ; la plupart possèdent le tact nécessaire. Je dois dire cependant que je ne cherche pas à développer cette influence ; il faut trop de finesse, de sensibilité, pour agir sur ces âmes malades. J'ajoute qu'agissant toujours

par la persuasion douce, jamais par l'autorité, je n'ai nullement besoin de gardes énergiques qui forcent l'obéissance des malades. Je ne dévoile pas à ces auxiliaires l'état d'âme de mes sujets ; les sœurs n'assistent jamais à la conversation, et je ne demande d'elles qu'une sollicitude bienveillante pour ceux qui sont confiés à leurs soins.

Depuis bien des années j'ai abandonné l'hydrothérapie et l'électricité, qui m'ont paru absolument inutiles.

Je me borne en somme à ces trois mesures : du repos, de la suralimentation, de l'isolement. Elles peuvent suffire en elles-mêmes dans certains cas, par leur action matérielle et par la suggestion qu'elles font naître. On peut obtenir par ces simples mesures des succès, et il y a des établissements où l'on se borne à ces moyens.

J'ai dit qu'à mes yeux ce sont là de simples auxiliaires et que je mets l'accent sur le *traitement moral*, si facile à pratiquer dans ces conditions.

Dans ces conversations journalières, intimes, le médecin ne doit pas choisir d'avance le texte de ce qu'on pourrait appeler son sermon laïque. Il doit s'installer auprès de ses malades et écouter leurs doléances avec la plus grande patience.

Avant tout il ne faut jamais être pressé, ou, en tous cas, ne jamais le paraître. Le médecin qui entre en coup de vent, regarde sa montre, parle de ses nombreuses occupations, n'est pas fait pour pratiquer cette psychothérapie. Il faut, au contraire, que le malade ait l'impression qu'il est le seul malade dont le médecin s'occupe, qu'il se sente encouragé à faire tranquillement toutes ses confidences.

Laissez parler votre malade, ne l'interrompez pas, même quand il devient prolixe et diffus. Il y a intérêt

pour vous et pour lui à étudier sa psychologie, à mettre à nu ses défauts mentaux.

Aidez-le cependant à retrouver le droit chemin, à donner à sa pensée l'expression juste. Saisissez au vol ses aveux, pour lui montrer ses erreurs, ses préventions, pour lui faire toucher du doigt les particularités de son esprit, pour lui faire comprendre le rôle qu'elles ont joué dans la genèse ou le développement de son mal. Questionnez-le sur son enfance, et il vous racontera des épisodes qui démontrent son impressionnabilité native, son émotivité exagérée. Partez sur la piste que vous ouvre le malade et faites-lui constater qu'il était un « nerveux » bien avant la crise actuelle.

Montrez-lui clairement, avec force exemples à l'appui, les dangers de cette sensibilité maladive. Notez avec lui son indécision de caractère, ses tendances pessimistes, faites-lui remarquer, avec un tact bienveillant, sa susceptibilité, son instabilité d'humeur, qui l'amène jusqu'à la maussaderie, ses tendances à l'égoïsme. Faites-lui, sur tous ces sujets, de petites leçons de morale rationnelle.

C'est une grave erreur de croire que seules les personnes instruites, cultivées, sont accessibles à ces enseignements. Le simple bon sens suffit, et heureusement il n'est nullement l'apanage des classes déjà privilégiées. Le paysan, l'ouvrier, ont souvent l'esprit remarquablement ouvert à cette philosophie. Je dirai même qu'ayant l'âme la plus simple, moins déformée par les préjugés, ils subissent plus facilement l'influence moralisante. Ce n'est pas que, faibles d'esprit, ils acceptent plus passivement des suggestions, non, ils comprennent finement, et leurs réponses, leurs comparaisons primesautières, expriment vivement leur pensée juste.

Un ouvrier dont la femme neurasthénique avait encore

des vacillements dans son état d'âme et que j'encourageais à persévérer dans la lutte, s'écria : Oui, docteur, je comprends ce que vous voulez dire : il faut resserrer les écrous !

Une pauvre fille sujette à des obsessions, à des scrupules, à des crises de mélancolie, retrouvait chaque fois la tranquillité dans une conversation et, sortant de mon cabinet, disait à une amie : Voilà, j'ai fait regonfler mon pneu !

Interrogez vos malades sur leurs conceptions de la vie, sur leur philosophie, car chacun en a une, si fruste qu'elle puisse être. Critiquez avec bienveillance les vues fausses, approuvez celles qui vous paraissent logiques et bienfaisantes. Efforcez-vous aussi de découvrir chez votre malade des qualités morales, des supériorités, et sachez en toute franchise lui en faire un mérite qui le hausse à ses propres yeux ; il a tant besoin de retrouver la confiance en lui-même.

Il y a du bon chez tous les sujets ; à l'un vous faites le compliment qu'il est intelligent, qu'il a du bon sens ; à l'autre vous faites voir qu'il a du cœur, des sentiments élevés.

Il n'est pas jusqu'aux sentiments religieux qu'on ne puisse utiliser pour ramener le malade à la tenue morale. Il peut paraître étrange de voir un libre penseur pactiser avec les croyants, utiliser les convictions religieuses, les recommander à certains de ses malades.

Eh bien, non ; il n'y a point là de contradiction. J'ai pu souvent me sentir en communion d'âme avec des chrétiens, pasteurs protestants, abbés, religieux cloîtrés.

Sans doute nous sommes aux antipodes au point de vue de nos conceptions sur le chapitre des dogmes. Nous

sommes même d'implacables adversaires, car il y a guerre à mort entre le principe d'autorité et le libre examen. Mais aussitôt que l'on quitte le terrain dogmatique et qu'on aborde celui de la morale, l'accord se fait si complet que nous pouvons faire un bout de route la main dans la main.

Les croyants sincères (que n'y en a-t-il un plus grand nombre !) marchent dans la vie en fixant les yeux sur une étoile qui est leur foi ; le penseur libre porte ses regards sur trois astres, situés au même point du firmament : le Vrai, le Bien et le Beau. Quoi d'étonnant à ce qu'ils fassent route ensemble ?

J'ai toujours eu horreur de la libre pensée frondeuse, méchante, qui, tombant dans la même erreur que ses adversaires, prétend résoudre les problèmes de l'Inconnaissable.

La science progresse, elle découvre peu à peu les lois qui régissent l'univers, mais elle ne sait rien sur les causes premières, sur la force qui dirige tout. Elle n'étudie que le microcosme dans lequel nous vivons, et elle ne doit pas s'exprimer en affirmations tranchantes sur ce qui est en dehors du champ de sa loupe. La tolérance est le fruit naturel des conceptions déterministes bien comprises.

L'étude des particularités mentales du malade doit être faite dès le début du traitement, car il s'agit de redresser son jugement, de corriger sa mentalité. Il ne suffit pas de quelques conversations fortuites avec des malades curieux des problèmes de psychologie, mais d'un effort éducatif continu à exercer pendant toute la cure. Il ne faut donc pas perdre de temps pour apprendre à connaître la personnalité du malade, les conditions dans lesquelles il vit.

Sans indiscrétion, vous devez vous informer du milieu

dans lequel il passe sa vie, des circonstances qui ont fait naître son état nerveux. Parfois vous vous trouverez en présence d'événements tragiques, de situations qu'il est impossible de changer. Il ne vous restera qu'à compatir aux souffrances du malade et vous serez souvent étonnés du bien que vous pouvez faire par cette sympathie.

Plus souvent encore vous ne trouverez que des soucis moins sérieux, des incompatibilités d'humeur. Il faut alors enseigner au malade l'esprit de support ; on peut encore par la parole, par les lettres, agir sur les parents, mettre de l'huile dans les rouages et assainir le milieu familial dans lequel le malade va rentrer.

Il y a des cas où l'on n'arrive que tardivement à dégager chez le malade les défauts mentaux dont la suppression est nécessaire pour la guérison. L'exemple suivant est intéressant sous ce rapport.

Un officier de quarante et un an me consulte pour un état de neurasthénie qui n'a fait que s'aggraver lentement depuis quatorze ans. Il se sent las, souffre de douleurs rhumatoïdes dans le dos et les jambes. Il a des maux de tête, comme une sensation de vrille s'enfonçant dans ses tempes. Il ne dort pas et se réveille au milieu de la nuit en proie à une angoisse indéfinissable avec battements de cœur, transpirations profuses.

Les sensations de fatigue étant très prononcées, je jugeai bon de faire une cure complète de repos, d'isolement, sans cependant insister sur l'alimentation, le sujet ayant plutôt la tendance à l'obésité.

Le mieux se produisit lentement, et au bout d'environ sept semaines le malade pouvait se dire guéri. Nos conversations portaient sur les sujets les plus divers. Cependant un jour je m'informai du sommeil. Cela va mieux, me dit le malade, toujours mieux, mais j'ai encore, vers

une heure du matin, un état d'angoisse bien pénible qui dure environ une demi-heure.

Je le tranquillisai en lui montrant les grands progrès qu'il avait faits, puisque ces crises d'angoisse duraient autrefois six à sept heures ; je lui fis espérer qu'elles diminueraient encore et j'ajoutai : Si vous vous réveillez la nuit angoissé, levez-vous, marchez sur le parquet froid, buvez un verre d'eau et recouchez-vous !

Le lendemain il me parla de choses et d'autres et ce n'est que quand je le questionnai qu'il me dit : J'ai bien dormi ; j'ai pris mon verre d'eau et je me suis endormi comme un enfant.

Je fis la réflexion que mon homme n'était pas un optimiste, qu'il n'était pas pressé d'annoncer les succès, mais je ne lui en fis pas l'observation.

Quelques jours plus tard, je m'informai de la régularité des fonctions intestinales, et apprenant qu'il était encore constipé, je lui donnai par écrit mes conseils, pensant qu'il ne les suivrait qu'après sa sortie de la clinique.

Avant le départ du malade je crus devoir demander ce qu'il en était de la constipation. J'appris que les mesures de dressage avaient immédiatement réussi.

Frappé de cette tendance à ne pas annoncer les succès qu'il obtenait, j'apostrophai mon malade en lui disant : Major, vous êtes un drôle de corps ! Par deux fois je vous donne des conseils qui, en un clin d'œil, vous débarrassent de deux symptômes, l'angoisse nocturne et la constipation dont vous vous étiez plaint encore amèrement. Vous ne songez pas même à me l'annoncer et, si je ne vous avais pas questionné, nous aurions continué à parler de la pluie et du beau temps !

Mon officier devint pensif et me dit : Docteur, vous

venez de mettre le doigt sur un défaut que je ne me connaissais pas et, maintenant que vous m'y rendez attentif, je vois que l'ai eu toute ma vie, dès ma plus tendre enfance. J'ai toujours été ainsi fait : je vois toujours le noir et je ne découvre pas le rose.

— Mon cher monsieur, ce daltonisme moral est très fâcheux, et j'estime qu'au point de vue de votre guérison, la conversation d'aujourd'hui est plus importante que la cure tout entière. Vous êtes dans une position dépendante, vous avez des supérieurs qui ne sont pas tous bienveillants, des inférieurs qui ne font pas toujours leur devoir. Avec votre tendance à faire votre inventaire en pessimiste, vous vous rendez malade chaque soir. Croyez-moi, changez-moi tout cela ! Vous allez reprendre votre service. Eh bien, chaque soir, résumez votre journée. Chargez d'abord le plateau de gauche de la balance avec tout ce qui vous a peiné ; ne vous gênez pas. Mais, cela fait, songez au plateau de droite ; mettez-y consciencieusement tout ce qui vous a été favorable et je crois que le fléau penchera le plus souvent de ce côté.

Quelques mois après l'ex-malade m'envoyait sa photographie, un instantané, qui le représentait franchissant à cheval une haute barrière. Il y avait inscrit ces mots : « Aussi bien en selle au moral qu'au physique ! » Et dans sa lettre il me disait : « J'ai très bien réussi à faire ma pesée en ma faveur. Ah ! souvent le plateau des ennuis est bien chargé, mais alors je me souviens de votre conseil, j'énumère les succès qui me semblent si peu nombreux, je charge le plateau de droite et, comme vous le dites, c'est celui-ci qui l'emporte. Là-dessus je m'endors et le lendemain je me réveille dispos. »

J'ai revu souvent ce malade dans le monde ; il s'est maintenu sans peine. J'ai su qu'il avait traversé des pé-

riodes de malheur qui eussent suffi pour terrasser un homme qui n'aurait jamais été neurasthénique.

Six ans après la cure je retrouvai mon officier. Il me déclara qu'il allait toujours bien. Sachant que dans le corps d'officiers dont il faisait partie tout ne marchait pas à souhait, je lui demandai si les circonstances étaient devenues plus favorables : « Oh, pas le moins du monde, ce sont toujours les mêmes rivalités, les mêmes injustices. Les hommes sont des loups et cela ne changera pas ! Mais c'est moi qui ait changé du tout au tout. J'ai ma devise : Fais ce que dois, advienne que pourra ! Je ne m'inquiète pas de tout cela, je vis heureux dans le sentiment du devoir accompli, dans cet optimisme que vous m'avez inculqué ; aussi je me porte comme un charme et, vous voyez, cela n'a pas nui à mon avancement, car me voilà lieutenant-colonel ! » Et il ajouta : Si je n'avais pas été amené à réfléchir à la nécessité de cette tenue morale, j'aurais succombé à la tâche.

VINGTIÈME LEÇON

Symptômes divers du nervosisme. — Troubles digestifs ; leur fréquence. — Anorexie mentale ; dégoûts, sensation de constriction et d'écœurement. — Incitation de l'appétit par les moyens psychiques. — Dyspepsie gastrique ; sa genèse et son aggravation par les autosuggestions. — Troubles gastriques dans les vésanies, les affections cérébrales. — Broussais ; Barras. — Diagnostic facile de la dyspepsie nerveuse.

Les symptômes des psychonévroses sont si nombreux, si variés, qu'on ne retrouve jamais deux cas semblables. Beaucoup de malades ont, à côté de la lassitude physique, de l'affaissement moral, la triade caractéristique des troubles fonctionnels, c'est-à-dire la dyspepsie, la constipation et l'insomnie.

Mais, d'autre part, les uns ne se plaignent que de l'estomac et dorment bien ; d'autres digèrent bien et passent des nuits blanches. Il y a des nerveux sujets à la diarrhée ; il y en a qui sont boulimiques alors que la plupart manquent d'appétit.

Déjà dans ce domaine des troubles fonctionnels règne la plus grande diversité. Mais c'est encore pis si, comme on doit le faire, on envisage la mentalité du malade. On ne retrouve jamais deux caractères identiques, et ce sont précisément ces particularités mentales qui non seulement déterminent la forme de la psychonévrose, mais qui la font naître. Je ne saurais assez le répéter : dans toutes ces psychopathies c'est dans la mentalité antérieure qu'il faut chercher les racines du mal.

En présence de maladies aussi variées dans leurs manifestations, il est impossible de fixer un plan de traitement applicable à toutes. Il faut savoir individualiser. Plus encore qu'en médecine interne, il faut se souvenir que nous ne soignons pas des maladies mais des malades.

Quoique je n'aie pas encore réussi à fixer ma conduite en face de toutes les manifestations du nervosisme, j'estime qu'il est cependant possible d'examiner les divers symptômes à la lumière de cette conception primordiale : le nervosisme est avant tout un mal psychique.

Je passerai donc en revue les divers troubles fonctionnels qu'on observe et j'indiquerai les moyens psychothérapiques qui me paraissent être utiles. Plus tard je m'attacherai aux troubles mentaux eux-mêmes, au devoir qui nous incombe de modifier la mentalité du sujet, de lui enseigner l'hygiène morale. Enfin des exemples typiques résumeront ces données et montreront la puissance de la psychothérapie dans des cas graves et anciens de psychonévrose.

Je commence par les troubles fonctionnels les plus fréquents, ceux de l'*appareil digestif*.

Il est positivement rare d'observer des cas de psychonévrose sans troubles digestifs. Ils varient à l'infini comme intensité et comme symptomatologie. Parfois ils sont si localisés, si apparents vis-à-vis des symptômes mentaux, qu'ils donnent le change, et le praticien n'hésite pas à traiter par des moyens locaux, la maladie d'estomac ou d'intestin. D'autres fois le sujet paraît si évidemment détraqué, déséquilibré, que l'idée d'une maladie mentale s'impose, et le débutant, le praticien le moins expérimenté, reconnaissent d'emblée la neurasthénie, l'hystérie, les états hypocondriaques et mélancoliques.

Mais entre ces deux extrêmes, psychopathies évidentes

et troubles fonctionnels simulant à s'y méprendre une affection organique, il y a bien des intermédiaires, et c'est ici qu'intervient, dans le jugement, la mentalité propre du médecin.

S'il a été élevé en chirurgien, s'il est expert dans une spécialité qui exige une certaine dextérité manuelle, s'il est chimiste, il garde l'amour exagéré de la précision ; il veut trouver des lésions, des troubles du chimisme organique. Pour augmenter l'acuité de sa vision des choses, il « diaphragme » trop et s'égare. Et c'est ainsi qu'une foule de médecins, souvent savants et consciencieux, diagnostiquent une affection utérine, une dilatation d'estomac, l'organoptose, et si, à côté du mal qu'ils ont étudié, ils remarquent des symptômes de névrose, ils sont tentés de les considérer comme secondaires.

Si le médecin est quelque peu psychologue, s'il a su voir que l'homme vit surtout par sa tête, il considère les choses de plus haut. Il ne néglige pas les symptômes locaux, et si, dans son examen, il « diaphragme » par moments, il sait aussi recourir au faible grossissement, envisager le champ tout entier. Il n'a plus devant lui un utérus, un estomac assimilé à une simple cornue. Il n'admet plus une affection du plexus solaire, des ganglions cardiaques ; il n'attribue plus les soi-disant *névroses* aux *nerfs*, qui n'en peuvent mais. Il reconnaît alors que ces pauvres nerfs qu'on accuse de tout le mal sont des conducteurs bien passifs. Sans doute ils peuvent souffrir sous l'influence d'un traumatisme qui interrompt leur continuité, ils peuvent être atteints par des processus inflammatoires, subir la dégénérescence ou des influences toxiques, mais ces nerfs n'ont pas d'autonomie et ce n'est pas là qu'il faut chercher la cause du nervosisme.

Le médecin qui réfléchit considère l'homme tout entier non seulement dans son fonctionnement animal, mais dans sa psychologie ; il ne voit pas seulement ce qu'il mange ou boit, mais s'intéresse à ce qu'il pense. Et peu à peu il constate la prédominance des influences psychiques. Il s'aperçoit toujours plus que c'est sur le moral qu'il faut agir et les succès viennent lui montrer la justesse de ces vues.

L'anorexie est un des symptômes les plus fréquents et parfois il semble que c'est là le seul trouble fonctionnel constatable chez le malade. Il y a plus de trente ans que Lasègue a montré la nature mentale de ce manque d'appétit.

Dans bon nombre de cas, il est difficile de dévoiler la nature psychopathique de ce trouble. Il semble être dûment motivé par la dyspepsie, par des douleurs ou l'état de la langue. Mais rien ne sépare ces cas à symptômes gastriques de ceux où la langue n'est pas même chargée, où il n'y a que peu ou pas de troubles de digestion.

Je vois souvent des jeunes filles amaigries au dernier degré, qui ne mangent plus depuis des mois et qui ne songent pas même à prétexter un malaise gastrique pour èxpliquer la cause de leur conduite. Elles n'ont pas le besoin de manger, de boire, voilà tout. Ce n'est pas non plus l'idée fixe du suicide lent par inanition qui les hante. Elles ne savent pas pourquoi elles ne mangent pas, ordinairement même elles ne se croient pas malades. Toute coquetterie féminine a disparu chez elles et elles constatent sans en être impressionnées leur pâleur et leur maigreur squelettique.

Il y en a qui regrettent les progrès qu'elles font ; elles avouent qu'elles aiment être malades sans pouvoir dire le pourquoi de cette aberration.

Ce sont des aliénées, à n'en pas douter. Le plus souvent cet état s'établit à la suite d'émotions morales, ambitions déçues, perte d'une amie, contrariétés familiales.

Il est souvent facile de ramener ces malades à l'alimentation normale, de les remettre dans un bon état de nutrition. Il ne faut pour cela, chez le médecin, que le don de persuasion. Mais cette action doit être prolongée, et rien ne facilite la cure comme l'isolement, le repos au lit.

Les sujets étant jeunes et ne motivant pas leur refus d'alimentation, il n'est pas toujours possible d'en rester à la persuasion rationnelle et il faut y ajouter une douce contrainte morale. La meilleure est de faire comprendre aux malades, avec l'appui moral des parents, qu'on ne les laissera retourner à la maison que guéries.

Une jeune fille est atteinte de cette forme toute mentale d'anorexie. Au bout de quelques jours la sœur qui la soigne se plaint de n'arriver à rien ; la jeune fille ne mange que si l'on insiste pour chaque bouchée. — Ne vous agitez pas, ma sœur, dis-je devant la fillette ; nous avons le temps : si mademoiselle mange bien, elle partira au bout de six semaines ; si elle n'y réussit pas, nous y mettrons huit, dix semaines ; c'est égal. — Le lendemain la jeune fille mangeait. Au bout de quelques semaines elle reconnaissait avec étonnement qu'elle avait été malade : j'étais, disait-elle, dans un drôle d'état et je ne m'en rendais pas compte.

Cependant dans certains cas cette contrainte morale n'est pas acceptée et entraîne la rébellion des malades.

Une jeune fille de dix-sept ans, devenue par une longue dénutrition un cadavre ambulant du poids de trente kilogrammes, avait fait quelques progrès dans les six premières semaines, mais comme l'anorexie reparaissait et

menaçait de tout compromettre, je crus devoir proposer un supplément de cure d'une quinzaine de jours. La malade, effrayée de cette perspective, sut s'évader et repartir par un train de nuit pour son pays. Mais cette brusque rupture ne m'empêcha pas d'arriver à mes fins. Par télégramme j'avertis les parents et leur enjoignis avant tout de ne pas faire de reproches à la malade. J'écrivis à la jeune fille en lui montrant les émotions qu'elle avait causées par sa fuite, puis, laissant de côté toutes récriminations, je lui conseillai de reprendre à la maison le traitement de suralimentation. Comme on dit : le roi est mort, vive le roi ! je dis : le traitement n'a pas réussi, recommençons-le dans d'autres conditions.

La malade, devenue docile, obéit. Au bout de quelques mois elle m'annonça sa complète guérison et son retour à un poids de 52 kilogrammes. Elle est restée depuis lors en bonne santé.

Dans cette forme toute mentale d'anorexie, je n'ai observé que peu d'insuccès, quoique dans certains cas la guérison se fasse attendre.

La conduite reste la même dans les cas nombreux où l'anorexie est accompagnée de vomissements, de régurgitations. Parfois ces troubles cessent dès les premiers jours de l'entrée dans la clinique, alors même qu'ils ont duré auparavant des mois et des années.

Il n'est pas toujours possible d'analyser les raisons psychologiques de ce changement subit, car ces malades ne s'expriment pas sur ce sujet ; elles ne vous dévoilent pas leur pensée de derrière la tête et peut-être ne le pourraient-elles pas. Le fait est que beaucoup cessent de vomir d'un jour à l'autre.

Une jeune fille de dix-sept ans, anorexique mentale, vomit pendant bien des mois presque tout ce qu'elle prend.

Aussitôt qu'elle est installée, je lui indique le régime de lait qu'elle doit suivre. — Mais ma fille ne supporte pas le lait, me dit la mère, elle le vomit même si elle n'en prend qu'une cuillerée à bouche. — Soyez tranquille, madame, elle ne vomira pas, osai-je lui dire, et en effet elle ne vomit jamais.

Une fillette de treize ans vomit aussi depuis longtemps. Elle a fait de nombreuses cures, toujours accompagnée de sa mère aussi émotive qu'elle. J'isole la petite malade, je capte sa confiance en évitant de la brusquer. Elle vomit encore en présence de sa mère. Sur mon conseil celle-ci part le soir même. Aussitôt les vomissements cessent.

Chez des malades plus âgées, plus intelligentes, on peut suivre les représentations mentales qui amènent la cessation des symptômes. Le cas suivant montre le stoïcisme auquel peuvent arriver ces malades quand elles ont compris la nature de leur mal.

Un père vient me conter l'histoire de sa fille qui depuis trois ans souffre de troubles gastriques et de vomissements incoercibles. L'état de dénutrition est tel qu'elle pèse actuellement, à vingt-quatre ans, 21 kilogrammes, alors qu'elle arrivait à 49 kilogrammes à l'âge de seize ans.

Sans voir la malade, mais mis au courant de toutes les circonstances morales qui ont amené cet état, je n'hésite pas à conseiller une cure de repos et de suralimentation.

Le père serait tout disposé à l'accepter, mais il y a, dit-il, un obstacle insurmontable : la jeune fille, très volontaire, se refuse absolument à une cure de ce genre.

J'écris alors à la malade. Me fondant sur les renseignements très précis que le père m'avait donnés, je lui détaille sa propre histoire. Sans mentir, sans exagérer, mais avec un vif désir de capter sa confiance par la louange, je fais ressortir ses hautes qualités morales,

l'altruisme dont elle a toujours fait preuve, l'énergie au travail qu'elle a montrée. Analysant les états d'âme successifs qu'ont amenés les circonstances familiales, je lui montre la genèse de son mal. Enfin, décrivant l'état actuel, je la mets en présence de ce dilemme : ou bien vous continuerez sur ce pied et alors je ne vois pas d'autre issue que la mort, car vous êtes à la veille de la banqueroute physiologique ; ou bien vous vous mettrez bravement à une suralimentation dans un repos complet et ces deux mesures, diminution des dépenses et augmentation des recettes, amèneront, je l'espère, votre guérison.

Cette lettre eut une influence décisive. Elle, qui n'avait pas même voulu voir un médecin, vint aussitôt et quand, de vive voix, je voulus lui répéter ces encouragements, elle me dit tranquillement : c'est inutile, docteur, j'ai compris. Je resterai au lit, dans l'isolement dont je comprends la nécessité. Je ne vomirai plus et je mangerai tout ce que vous me donnerez !

La vaillante jeune fille se mit à l'œuvre et n'eut pas un vomissement.

On pourrait croire que l'amélioration n'était due qu'aux mesures physiques, au repos au lit, à l'alimentation purement lactée des premiers jours. Mais la malade venait d'essayer ce traitement dans une autre clinique. Elle avait gardé le lit plusieurs semaines, n'avait bu que du lait à petites doses et pourtant elle n'avait pas cessé de vomir. C'est qu'elle n'avait pas compris ; le médecin n'avait pas réussi à établir chez sa malade la conviction de guérison, n'avait pas su lui montrer clairement les moyens de l'obtenir.

Malheureusement, dans ce cas, cette docilité intelligente ne devait pas être récompensée. Une phtisie galopante se déclara. Je rompis immédiatement l'isolement

pour permettre aux parents de soigner leur fille et d'assister à ses derniers moments. Si la malade m'avait prié de renoncer à la suralimentation qu'elle s'imposait, j'aurais accédé à son désir. Mais elle était lancée et persista dans la direction donnée. Malgré la fièvre, qui oscillait entre 39° et 40°, malgré la dyspnée de 60 respirations qui lui laissait à peine le temps d'avaler, la malade prit ses trois repas copieux et du lait entre deux, et je vis ce phénomène étrange d'un malade se mourant de phtisie galopante qui réussissait chaque semaine (bien entendu en l'absence de tout phénomène d'hydropisie) à faire une augmentation de poids de 500 grammes. Le drame se termina en cinq semaines par un pneumothorax subit.

Ce qui avait amené la suppression des vomissements et rendu possible la suralimentation, c'était le changement de mentalité obtenu rationnellement, par une lettre suggestive.

Chez une autre malade également anorexique et qui vomissait depuis quelques mois, la conversation eut lieu dans des conditions qui pourraient éveiller l'idée de simulation. Contrairement à ce qui se passe d'ordinaire, la malade continuait à vomir. Elle prenait docilement, toutes les deux heures son verre de lait, mais le rendait quelques minutes après. Au troisième jour la sœur du service me fit remarquer cette anomalie. — C'est curieux, dit-elle, c'est la première de nos malades qui persiste à vomir après son internement. Je crois qu'elle désire manger car elle m'a demandé, en cachette, de lui donner du pain, ce que j'ai naturellement refusé.

Ces paroles m'inspirèrent une idée. J'allai auprès de la malade ; elle venait de vomir son lait. Alors, évitant tout reproche, je lui dis tranquillement : « Mademoiselle, vous me voyez dans un grand embarras. Je vous avais

dit que nous ferions six jours d'alimentation lactée pure et qu'à partir du septième jour nous arriverions à l'alimentation copieuse et variée. Mais je vois avec peine que vous ne supportez pas même le lait ; vous ne supporterez pas mieux le reste. Vous voilà donc condamnée au lait à perpétuité. C'est une situation très embarrassante ! » Le jour même la malade cessait de vomir.

M'appuyant sur un grand nombre d'observations, j'ose affirmer que l'anorexie psychopathique, avec ou sans vomissements, est toujours justiciable de la psychothérapie. Je ne méconnais nullement l'influence favorable du repos, du régime lactée. Je sais aussi que vis-à-vis de ces malades dont l'état mental confine à la vésanie, l'isolement s'impose. Il exerce sur les malades une contrainte morale efficace, mais la guérison se fait par une conversion psychique sous l'influence des représentations mentales. Le succès dépend du don de persuasion du médecin.

Il en est de même des dégoûts, des sensations de constriction œsophagienne qui semblent empêcher l'alimentation, de ces pressions à l'épigastre qui donnent au malade la sensation de satiété dès le début du repas. Aussitôt que vous avez reconnu que vous avez affaire à un malade nerveux, vous pouvez renoncer à tout apéritif, aux antispasmodiques. Montrez au malade qu'il n'y a pas là d'obstacles mécaniques, insistez sur la nature mentale du mal, faites-lui comprendre la puissance des représentations mentales ; insistez avant tout sur la nécessité de l'alimentation, sur le danger pressant de la dénutrition. N'hésitez pas à agiter devant ses yeux le spectre de la tuberculose qui guette tous les malades en état de misère physiologique. Vous le ramènerez ainsi sans peine à une alimentation normale.

C'est une erreur de croire que ces moyens éducatifs ne peuvent agir que sur les névrosés. Persuader ses malades, leur faire franchir les obstacles par le seul moyen de l'encouragement, est nécessaire dans la plupart des maladies. Au phtisique qui prétexte de son inappétence pour ne pas manger, je ne donne pas des remèdes. J'insiste auprès de lui pour lui mettre en tête l'idée fixe *qu'il faut* qu'il mange, qu'il ne peut échapper à l'étreinte du mal qu'en se fortifiant. Je lui martelle en tête ces prémisses : tout malade atteint de la poitrine qui maigrit est sur la mauvaise voie ; s'il engraisse, c'est d'un heureux augure. Et j'ajoute : Or, pour engraisser il faut manger. Je ne puis sortir de là ; je ne puis pas manger pour vous, cela ne vous remplumerait pas ! Alors le malade convaincu me répond : j'essaierai, docteur. Essayer, lui répondrai-je, ce n'est rien. Le mot essayer renferme une idée de doute sur le résultat et le doute diminue toujours notre élan ; dites : je le ferai.

Il est rare qu'on n'arrive pas au but par ces simples conseils. J'ai renoncé, en face de ces symptômes, à tous moyens physiques ; je n'ai besoin ni de médicaments, ni de douches, ni de massages. La seule arme efficace c'est la parole entraînante.

La conduite reste la même dans les dyspepsies diverses avec renvois, vomissements, aigreurs, pesanteur à l'estomac, dilatation et gastroptose. C'est mal commencer le traitement que d'admettre dans ces cas une affection primaire de l'estomac, ou du « nervosisme stomacal ». C'est au contraire l'estomac qui subit le contre-coup de l'état nerveux. Le nervosisme n'est pas localisé dans un organe, il est mental.

Dans la plupart des cas, des désordres fonctionnels très réels existent ; on peut constater non seulement la

dilatation mais l'hyperchlorhydrie et l'hypochlorhydrie ; la motilité de l'estomac peut être entravée, mais tous ces troubles sont secondaires, ils indiquent la dépression nerveuse. Il est facile de supprimer cette dernière par les moyens moraux, de ramener, tambour battant, les malades à une alimentation variée, copieuse, réconfortante.

J'ose affirmer que quatre-vingt-dix pour cent des dyspeptiques sont des psychonévrosés et que tous ces malades n'ont que faire du régime restreint et des médications stomachiques. C'est sur ce point de doctrine que je me sépare complètement de l'immense majorité de mes confrères.

Je sais très bien qu'en entrant quelque peu dans les vues du malade on peut soigner l'estomac, amender les symptômes et par cette voie agir sur l'esprit du patient. Mais pour un neurasthénique qui a pu guérir par cette suggestion thérapeutique indirecte, il y en a dix qui doivent à cette méthode la longue durée de leur mal et quelquefois leur incurabilité. Je vois très souvent des malades qui étaient sur le point de voir clair, qui allaient échapper à leurs autosuggestions ; ils y ont été ramenés par le médecin. Bien plus, il y en a qui doutaient encore de la réalité de leur mal, qui étaient prêts à le négliger. On ne le leur a pas permis. Il a fallu qu'ils fussent classés, qu'on donnât un nom à leur maladie ; il a fallu qu'ils fussent malades selon les règles de l'art.

Ils sont légion ces malades dyspeptiques qui visitent chaque année les stations balnéaires et sont arrivés à ne plus rien manger tout en souffrant toujours. Au début ils ont eux-mêmes restreint leur régime ; ils ont par exemple supprimé les choux, les crudités, et l'amélioration obtenue semblait leur donner raison. Plus tard les troubles gastriques ayant reparu, ils ont supprimé quel-

que autre aliment ; nouvelle amélioration momentanée mais aussi nouvel insuccès motivant de nouvelles restrictions. Le médecin appelé a réussi à faire clapoter l'estomac. Alors le malade se croit atteint de dilatation d'estomac et on lui prescrit un régime plus sévère encore. Parfois le malade s'adresse à un spécialiste de l'estomac, expert, consciencieux. Celui-ci n'admet pas d'emblée la dilatation, il la constate par l'insufflation, analyse le contenu gastrique après le déjeuner d'essai. Si cet examen reste négatif, le malade a de la chance, car alors le spécialiste reconnaîtra que c'est « nerveux » et, sans renoncer tout à fait au régime de précautions, il pourra amender l'état de son malade.

Mais malheur à celui-ci, s'il y a rétention d'aliments dans l'estomac, hypoacidité, s'il y a excès de mucus. Alors le malade reste dans la catégorie des gastriques : il subira les lavages d'estomac et les prescriptions de régime exclusif variant suivant les idées théoriques du médecin traitant ; le malade pourra être condamné à ingurgiter de la viande crue ; d'autres fois on ne lui donnera que des farineux. Tel médecin considère le lait comme un poison et ne craindra pas de prescrire du vin à jeun ou de faire manger jusqu'à 250 grammes de sucre ; l'autre imposera à son malade une cure de lait prolongée. Ici on lui donnera des douches sur la région stomacale, là on l'électrisera intus et extra. Enfin dans les cas graves on le nourrira de reconstituants pris à la pharmacie, de jus de viande, de phosphates.

Et toujours plus le malade s'enfonce dans son hypocondrie gastrique ; son idée fixe a été soigneusement cultivée.

Heureusement elle n'est pas si tenace qu'on pourrait le croire. Les pauvres malades ont déjà fait leurs réflexions

et j'en vois qui, avant d'avoir mon avis, me disent : je crois qu'on a eu tort de me traiter pour l'estomac ; il me semble que ce sont plutôt les nerfs qui souffrent ! Il y en a même qui, plus royalistes que le roi, disent tout bonnement : je crois que je m'imagine tout cela !

Est-ce à dire qu'il n'y a que des troubles gastriques nerveux ? Évidemment non. L'estomac est un organe trop souvent maltraité pour qu'il soit à l'abri des affections idiopathiques. Les états constitutionnels, les maladies des organes glandulaires voisins, les troubles de circulation, les affections rénales agissent sur lui pour créer des états de dyspepsie. Mais je dois dire que, dans la clientèle médicale, ces affections ne se présentent pas tous les jours. Le praticien observe dans une année quelques cas de cancer d'estomac, quelques ulcères ronds. Il aura à soigner quelques dyspepsies engendrées par l'abus des boissons alcooliques ou du tabac, les écarts de régime.

Quant aux troubles gastriques qui doivent leur origine aux états diathésiques, aux affections valvulaires du cœur, aux néphrites, ils sont fréquents, mais ils sont souvent à l'arrière-plan vis-à-vis des autres symptômes plus menaçants, et ce n'est que de temps à autre que le médecin recourt à la médication symptomatique pour combattre les complications gastriques.

On observe déjà des troubles digestifs dans les maladies du cerveau, fébriles ou non, dans les méningites, dans la paralysie générale. Cette dernière surtout s'annonce souvent au début par des troubles gastriques et j'ai vu des médecins persister à traiter des malades comme des dilatés alors que l'état mental était déjà si troublé qu'il fallait craindre le délire et que l'internement s'imposait.

La mélancolie, l'hypocondrie, la manie, les accidents

mentaux des folies circulaires s'annoncent souvent par l'anorexie, le mauvais goût à la bouche, les nausées, les vomissements, la dyspepsie et la constipation, tous symptômes de ce qu'on a appelé la dyspepsie nerveuse.

Les aliénistes me paraissent avoir trop peu insisté sur ces symptômes gastro-intestinaux. Ils n'observent les malades que dans la période d'état, alors que les troubles mentaux dominent la scène. Le praticien, au contraire, voit les malades au début, alors qu'ils paraissent encore sains d'esprit, et s'il surprend chez eux quelque humeur mélancolique, il commet facilement l'erreur de la considérer comme secondaire et motivée par la souffrance gastrique. Ne répète-t-on pas que rien n'agit sur l'humeur comme les maladies de l'estomac, alors qu'on ferait mieux de dire que rien ne trouble les fonctions de l'estomac comme les passions tristes.

L'erreur est ancienne, et le bouillant Broussais [1] semble avoir exercé une suggestion qui persiste encore aujourd'hui. C'est lui qui a délibérément mis la charrue devant les bœufs quand il dit : « Il n'y a jamais de gastro-entérite sans un degré d'irritation cérébrale » et plus loin : « L'hypocondrie est l'effet d'une gastro-entérite chronique qui agit avec énergie sur un cerveau prédisposé à l'irritation. La plupart des dyspepsies, gastrodynies, gastralgies, pyrosis, cardialgies et toutes les boulimies sont l'effet d'une gastro-entérite chronique. »

Parfois cependant Broussais reconnaît l'influence psychique. « Les passions, dit-il, sont des sensations provoquées d'abord par l'instinct, mais ensuite fomentées et exagérées par l'attention que leur prête l'intelligence, de manière à devenir prédominantes. »

1. *Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie*, par F.-J.-W. Broussais. Paris, 1821.

L'influence de la représentation mentale sur nos sensations est nettement marquée dans ces mots : « Lorsque l'intelligence s'occupe des idées relatives aux besoins d'un viscère ou aux fonctions d'un sens, les nerfs de ce viscère ou de ce sens sont toujours en action et font parvenir des sensations au centre de relation. »

Comme je l'ai indiqué dans une publication antérieure[1], Broussais a trouvé des contradicteurs parmi les médecins de son époque. Je recommande à tous ceux qui veulent voir clair dans cette question la lecture du livre de Barras, médecin d'origine suisse, qui jouit d'une grande notoriété à Paris au commencement du siècle dernier. C'est le *Traité sur les gastralgies et entéralgies ou maladies nerveuses de l'estomac et des intestins. Paris, 1820.*

Dans soixante observations précises et concises suivies de judicieuses réflexions, l'auteur démontre l'influence prépondérante des émotions morales dans l'étiologie du nervosisme à manifestations gastriques. Il s'élève avec vivacité contre Broussais et les médecins de l'époque, tous plus ou moins imbus des doctrines dites physiologiques, qui veulent à toutes forces attribuer les accidents nerveux à une gastro-entérite chronique. Il est lui-même le sujet de sa première observation, la plus détaillée et la plus intéressante. Il insiste sur sa constitution éminemment nerveuse, son caractère taciturne, naturellement disposé à l'hypocondrie. Il raconte tout au long ses souffrances, ses névralgies diverses, ses troubles gastro-intestinaux. Ses consultations auprès des praticiens distingués de l'époque sont des plus intéressantes. Plusieurs d'entre eux ne sont pas très psychologues et ne réussissent qu'à effrayer le malade et à le plonger dans les autosuggestions

1. Des troubles gastro-intestinaux du nervosisme. *Revue de médecine*, n° 7, 10 juillet 1900. Paris, Félix Alcan.

maladives. A l'exception d'un seul, tous sont persuadés de l'existence de la gastro-entérite et la combattent par les sangsues à l'épigastre, l'eau gommée, le régime débilitant.

L'état s'aggrave de plus en plus et, malgré tout, le malade persiste dans cette voie funeste avec cette persévérance étrange que j'ai signalée comme un des symptômes caractéristiques du nervosisme. Il le constate lui-même dans ces paroles typiques : « Et cependant je continuai le régime antiphlogistique malgré cette indication formelle de l'abandonner ! Je ne puis m'expliquer ma persévérance dans un traitement si contraire à la maladie dont j'étais affecté. »

Le malade guérit d'un jour à l'autre. Sa fille fut atteinte de phtisie pulmonaire et, dit Barras, *de ce moment mon attention se porta tout entière sur mon enfant ; je ne pensai plus à moi et je fus guéri.*

Il faut lire les discussions auxquelles cette guérison donna lieu dans le monde médical. Même après la guérison la lutte continua et l'un des Esculapes tenta de prouver que le malade n'était pas guéri, qu'il avait toujours une gastro-entérite indubitable !

La situation est la même aujourd'hui. La dilatation d'estomac a remplacé la fameuse gastro-entérite et malgré le beau livre de Barras on a de nouveau oublié l'influence du moral sur le physique.

Le diagnostic de dyspepsie nerveuse est en général facile à poser si le médecin sait jeter son regard scrutateur sur toute la personnalité du malade. Dans certains cas seulement les symptômes gastriques semblent tellement prédominer qu'il devient nécessaire de procéder à un examen complet de l'estomac. Il faut en déterminer la forme, la situation par la palpation, la percussion,

voire même par les rayons X. Il faut analyser les vomissements, doser l'acidité, faire les repas d'essais. Mais je dois dire que, lorsqu'on est bien familiarisé avec les dyspepsies des névrosés, il est rare qu'il soit nécessaire de recourir à ces moyens.

Ce qui me frappe, dès la permière conversation, ce sont les contradictions que signale le malade.

Quand on lui demande : avez-vous de l'appétit ? la réponse varie. L'un dit : j'aurais de l'appétit, mais je n'ose pas manger. Un autre a l'appétit irrégulier, « capricieux ». Un troisième constate qu'il supporte un jour un repas lourd alors qu'il est souvent molesté par un aliment de facile digestion. Beaucoup de malades signalent d'emblée l'influence des émotions morales. « Ce sont surtout les contrariétés qui me font du mal ; chez moi tout se jette sur l'estomac ! »

Si vous vous informez des fonctions intestinales, vous verrez que la plupart des malades sont atteints de constipation habituelle. Plus rarement ils sont sujets à la diarrhée et ici encore on remarque l'effet des émotions morales. L'attente d'un événement, d'un voyage, suffit à provoquer le flux intestinal.

Le sommeil est généralement troublé. Il y a de l'insomnie, des rêves pénibles : Ce sont là des symptômes assez étrangers à la symptomatologie des affections gastriques, du cancer, de l'ulcère rond, des dyspepsies organiques.

Mais avant tout la conversation avec le malade dévoile toute une série de symptômes qui ne peuvent être la conséquence de l'état dyspeptique.

Le malade souffre de maux de tête qui parfois viennent tout à coup remplacer la dyspepsie, se substituant à elle pendant des semaines, des mois, des années même. Il

n'est pas rare que d'un jour à l'autre le transfert se fasse en sens inverse et que, le mal de tête cessant, on voie reparaître tout le cortège des accidents dyspeptiques. Le malade a des rachialgies neurasthéniques, des palpitations sans lésion du cœur. Il a des angoisses qui rappellent l'angoisse précordiale. Il est impressionnable, émotif, fatigable. Souvent vous surprenez son irrationalisme ; il est entêté, superstitieux, curieux des phénomènes spirites. Il attribue ses troubles dyspeptiques à des causes étranges, comme le sujet dont j'ai parlé, que la vue du rouge rendait malade. Dans bien des cas l'état purement hypocondriaque est évident, en ce sens que l'examen permet de constater le bon fonctionnement de l'estomac, de l'intestin. Ce sont ces cas-là qui ont fait dire que la dyspepsie nerveuse est celle où il y a les symptômes subjectifs de la dyspepsie alors que l'examen montre l'intégrité des organes et de leurs fonctions. Ce n'est vrai que dans la minorité des cas. Le plus souvent, il y a dyspepsie réelle.

Aussitôt qu'on a reconnu le nervosisme, on peut aller de l'avant et ramener vivement le malade à des habitudes saines de régime, le guérir par la simple persuasion.

Toujours prêt à reviser mes vues, à critiquer mes propres observations, j'ai craint parfois d'abonder dans mon sens, d'abuser des termes de « nerveux » de « psychique ». J'ai pu constater, au contraire, que j'étais encore trop timide. Il est facile en somme d'exclure les affections organiques, de déceler l'origine idéogène, hypocondriaque ou émotive des accidents. Alors, sans hésitation, il faut recourir à la psychothérapie directe.

VINGT ET UNIÈME LEÇON

Ma cure des dyspeptiques. — Repos; isolement; alimentation lactée préparatoire; suralimentation reconstituante; massage; valeur de ces mesures. — Nécessité d'entraîner l'obéissance par la persuasion. — Résultats de la cure; exemples.

J'ai dit que dans les cas graves, rebelles, il est nécessaire de placer le malade dans des conditions qui facilitent le traitement moral et j'ai indiqué comme particulièrement favorables les mesures de la cure dite de Weir Mitchell. J'ai fait entendre aussi qu'on peut souvent renoncer à l'isolement, au repos, à toute mesure physique et se borner à l'influence psychothérapique. Mais il faut déjà une grande expérience thérapeutique pour se passer de ces auxiliaires, et je ne conseillerais pas au débutant d'aller au combat sans ces armes.

Je dois au contraire recommander au médecin qui veut se rendre compte de l'efficacité de ces moyens, d'être tout d'abord sévère et de proposer à son malade un plan de cure précis sans concessions imprudentes. J'insiste sur ces détails importants et je tiens à les préciser.

Vous avez devant vous, je suppose, une dame qui se plaint de troubles gastriques, anorexie, dégoûts, renvois, ballonnements, peut-être vomissements. Elle est amaigrie au dernier degré, pèse dix, quinze, vingt kilogrammes de moins que dans les périodes de sa vie où elle était en bonne santé. La langue est un peu chargée, l'estomac

momentanément dilaté clapote. Elle a de la constipation habituelle. Enfin vous surprenez chez elle tout le cortège des symptômes du nervosisme, en particulier les stigmates mentaux.

Si vous avez des doutes au sujet d'une affection gastrique greffée sur le nervosisme, suspendez votre jugement et examinez l'estomac par tous les moyens cliniques.

Mais quand vous avez acquis la certitude qu'il s'agit bien d'une dyspepsie nerveuse, n'hésitez plus et proposez à votre malade une cure qui comporte :

1° *Un séjour d'environ deux mois dans une clinique bien organisée*. On protestera en disant que c'est bien long.

Faites remarquer que c'est court quand il s'agit d'un mal qui dure depuis des années. Brodez sur ce thème et bientôt on vous accordera plus de temps que vous n'en demandez. Le succès dépend uniquement de votre dialectique serrée.

2° *Le repos complet au lit pendant les six premières semaines*. Nouvelles récriminations tout aussi faciles à dissiper.

Parfois la malade soupire après ce repos et l'accepte d'emblée. Si elle n'en voit pas la raison, faites-lui remarquer que l'épuisement indique cette mesure et que, quand on prend du repos, on n'en saurait trop prendre. Montrez-lui qu'on pourrait peut-être arriver au but avec un repos moins complet, mais qu'alors il faudrait quatre mois de cure au lieu de deux ! Votre malade va abonder dans votre sens.

3° *L'isolement*. Oh, là, on vous arrête et on déclare : Je ne pourrai jamais supporter cette mesure ! Si votre malade est une émotive, si elle est de celles qui prennent au tragique tous les menus événements de la vie, si les

conditions familiales sont telles que les lettres amèneront des ennuis, ne transigez pas et refusez d'entreprendre le traitement dans d'autres conditions que celles que vous avez fixées. Si vous lui mettez ainsi le marché à la main, votre malade acceptera.

Mais ne soyez pas inutilement sévère. Si la malade veut conserver quelques relations épistolaires courtes avec une personne qui ne peut exercer qu'une bonne influence, s'il lui faut une femme de chambre qui s'engage à être tout à la dévotion du médecin, si même un mari raisonnable (il y en a) veut faire de temps à autre quelques visites, vous pouvez céder ; mais ne le faites que quand vous êtes sûr de ne pas compromettre la cure. En général l'isolement complet, sans lettres, sans visites, vaut mieux.

C'est à vous de si bien savoir décrire à votre malade l'utilité de ces mesures qu'elle les accepte spontanément ; il faut qu'elle en comprenne si parfaitement le sens qu'elle soit plutôt disposée à refuser des concessions qu'à en demander.

Voilà donc la malade installée, prête à suivre vos conseils, et il s'agit maintenant de la ramener à l'alimentation normale ou plutôt à la suralimentation.

Dans certains cas on peut imposer d'emblée cette alimentation, mais il est bon de ne pas heurter trop brusquement des autosuggestions anciennes et de faire, pour assurer l'avenir, une petite cure de lait préparatoire. Il est inutile de prolonger cette alimentation lactée pendant des semaines entières. C'est abuser de la bonne volonté du malade.

Six jours, je l'ai dit, m'ont toujours suffi pour préparer l'estomac à la suralimentation qui suivra. Souvent la malade vous dira qu'elle ne supporte pas le lait. Ne vous laissez pas décontenancer et affirmez, ce qui est vrai, que

le lait est le plus complet et le plus facile à supporter de tous les aliments. Il est inutile de blesser la malade en lui disant maladroitement : ce sont des idées, vous vous imaginez tout cela ! — Non, affirmez simplement vos convictions basées sur votre longue expérience. Citez des cas à l'appui. Rien par la force, tout par la douceur, doit être la devise du psychothérapeute.

J'ai coutume de donner par écrit le plan de cette cure lactée, sous la forme suivante :

	HEURES								EN 24 HEURES
	7	9	11	1	3	5	7	9	
1er jour.	1	1	1	1	1	1	1	1	= 8 décilitres.
2e —	1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2	1 1/2	= 12 —
3e —	2	2	2	2	2	2	2	2	= 16 —
4e —	3	2	2	3	2	2	3	2	= 19 —
5e —	4	2	2	3	2	2	3	2	= 20 —
6e —	4	2	2	3	2	2	3	2	= 20 —

Ajouter au 6e jour : pain, beurre, confitures ou miel au premier déjeuner, avec les 4 décilitres de lait.

Le lait doit être bu lentement, à petites gorgées. Je le donne, en général, cuit et chaud.

Les heures des 3 repas futurs sont marquées par les doses plus grandes de lait à 7 heures, 1 heure et 7 heures, à partir du 4e jour.

Dans 98 p. 100 des cas ce régime est supporté sans difficulté. Si la malade se plaint de mauvais goût à la bouche, vous fait voir sa langue blanche, faites observer que cela tient à la nourriture liquide, au lait, que tout cela disparaîtra par la mastication qui seule nettoie la langue. S'il y a du ballonnement, des renvois, des aigreurs, voire même quelques régurgitations ou un peu de diarrhée,

engagez avec bienveillance la malade à négliger tout cela ; dites que cela passera. Quelquefois la diarrhée peut être combattue par l'eau de chaux, par quelques doses d'opium. Enfin, rarement, le lait produit un effet laxatif qui peut nécessiter la suspension de l'alimentation lactée. On écourte alors cette période et hardiment on passe à la suralimentation.

Au 7e jour le régime change brusquement et, sans transition, vous prescrivez :

1er déjeuner : 4 décilitres de lait ; pain ; beurre ; confitures ou miel.

A dix heures du matin : 3 décilitres de lait.

2e déjeuner (ou dîner) complet, *sans permettre un choix* parmi les aliments, *copieux*, mais sans vin.

A quatre heures : 3 décilitres de lait.

Dîner (ou souper) également copieux.

A neuf heures : 3 décilitres de lait.

Si vous avez le don de persuasion, vous réussirez *toujours*. Dissipez toutes les craintes, insistez sur la nécessité de la suralimentation pour sortir rapidement de la dénutrition. Si on prétexte la constipation pour ne pas manger, faites comprendre au malade qu'une alimentation copieuse est précisément le meilleur remède contre la constipation, que les matières fécales sont les scories de la digestion et que, pour avoir des évacuations faciles et régulières, il faut que l'alimentation contienne beaucoup de particules indigestes, de la cellulose qui « fait balai » dans l'intestin. Les gros mangeurs ne sont jamais constipés !

Apprenez au malade à dresser son intestin à des évacuations régulières.

Quand la constipation dure au delà de trois jours, conseillez un lavement et, s'il ne réussit pas, donnez-le

abondant, d'un litre d'eau tiède, et faites prendre au malade la position à genoux, avec le siège élevé de manière à amener le liquide jusqu'au côlon transverse et au cæcum. Engagez le malade à garder le lavement un quart d'heure. Le gros intestin sera débarrassé.

J'affirme que, dans tous les cas de dyspepsie nerveuse, et c'est là la plus fréquente des dyspepsies, ce régime de suralimentation est toujours supporté.

Si le malade se plaint de la persistance de quelques troubles, gardez-vous de traiter ces malaises comme des riens. Au contraire, sympathisez avec votre patient, mais montrez-lui qu'on n'obtient rien sans effort et que, chez lui, dyspeptique depuis des années, il n'est pas étonnant que la suralimentation produise quelques troubles. Faites-lui remarquer qu'il a pris pendant des années des précautions, vécu de restrictions, et qu'il n'est pas arrivé au but. Il comprendra alors qu'il serait bon de retourner son char et de se mettre bravement à une alimentation réconfortante.

Mais, dira-t-on, pourquoi la suralimentation ? Je l'ai déjà dit, mais j'insiste :

Parce qu'elle amène rapidement une amélioration de l'état général qui agit physiquement et moralement sur le malade : physiquement, car il est en état de misère physiologique ; moralement, car la constatation de ce progrès l'encourage. Le succès démontre au malade l'inanité de ses craintes passées. L'alimentation normale ne suffit pas pour atteindre ce double but. Elle n'amène qu'un progrès lent qui n'entraîne pas le malade, toujours disposé au pessimisme.

L'effet de cette cure, au point de vue de la nutrition, varie naturellement suivant les cas. La première semaine, dans laquelle l'alimentation est encore insuffisante, ne

produit en général pas d'augmentation de poids du corps.

Les malades qui mangeaient assez copieusement auparavant maigrissent. Ils peuvent perdre dans les sept premiers jours un, deux et même trois kilogrammes. Il en est qui restent stationnaires, leur alimentation habituelle, insuffisante, équivalant à la diète lactée. Seuls ceux qui sont très amaigris réussissent à augmenter de poids dans la première semaine, de 500, 1 000, 1 500 grammes.

Le résultat de cette première semaine est indifférent et il est bon d'en avertir le malade avant la pesée, car il est toujours disposé à interpréter défavorablement la perte de poids qu'il peut subir.

A partir de la deuxième semaine il faut obtenir une notable augmentation. Plus elle est grande, plus elle détermine l'euphorie morale et physique. Ces augmentations varient entre 1 et 4 kilogrammes. Le chiffre de 3 500 grammes dans la semaine, soit un demi-kilogramme par jour n'est pas rare, et j'ai vu des augmentations de 4^{kg},800 dans la semaine. Il faut savoir féliciter les malades qui ont réussi, mais surtout tranquilliser ceux qui n'ont eu qu'une augmentation insuffisante. Il est inutile d'user d'autorité, de brusquer le malade, il suffit de lui dire : Vous n'avez pas réussi cette semaine, eh bien, vous réussirez la semaine prochaine ! La constatation d'un insuccès ne doit pas vous décourager ; la seule conclusion à tirer c'est : nous ferons mieux la prochaine fois.

Quelques exemples prouveront l'efficacité de ces mesures quand on sait en démontrer la nécessité au malade.

Mlle C... est une névrosée de cinquante et un ans qui depuis bien des années souffre de cardialgies intenses empêchant toute alimentation. Elle est depuis un an au lit et ne supporte en vingt-quatre heures qu'une tasse de thé avec un peu de lait et un petit pain. Aussi est-elle

tombée au poids de 36 kilogrammes alors que sa taille de $1^{m}72$ exigerait un poids de près de 70 kilogrammes. Elle a le teint jaune et le sillon nasolabial d'une cancéreuse. La peau garde le pli qu'on y fait en la pinçant.

Toutes les tentatives faites par deux médecins très énergiques pour amener la malade à une meilleure alimentation n'ont pas abouti ; elle n'a pas même pu supporter un peu de Revalescière.

La malade désirant entrer à la clinique, j'accède à son désir, mais en posant, presque en plaisantant, mes conditions.

Vous ne serez forcée à rien, mademoiselle, je n'use jamais d'autorité. Mais si vous voulez sortir de là, et il me semble que ce doit être votre désir, il faudra boire du lait à doses croissantes ; puis il faudra hardiment aborder une suralimentation qui vous remplumera rapidement. Vous pourrez vous plaindre au besoin, mais pardonnez-moi si, à cette occasion, j'en reste à une sympathie toute platonique. Il est probable que je ne changerai rien à votre régime, car mon expérience a toujours confirmé une donnée de la raison, à savoir que reculer devant les obstacles n'est pas les franchir !

La malade vint. Elle supporta sans le moindre trouble la cure lactée de six jours. Au septième jour elle se mit à manger sans hésitation et se suralimenta si bien qu'elle fit dans la deuxième semaine une augmentation de $4^{kg},700$!

Une seule fois, dans le cours du deuxième mois, elle dit un jour : Docteur, je n'ose pas prendre mon lait de quatre heures, j'ai encore tout mon dîner à l'estomac ! Après avoir examiné la région stomacale, j'affirmai qu'il n'y avait aucun symptôme de rétention et conseillai à la malade de prendre son lait. Le lendemain elle me dit :

Vous aviez raison : non seulement ce lait ne m'a pas fait mal, il a fait au contraire disparaître la sensation de plénitude que j'éprouvais.

C'est la seule timide tentative de rébellion qu'ait manifestée la malade. Elle quitta la clinique guérie, pesant 57 kilogrammes, et elle n'est pas retombée, quoique les soucis qu'elle avait dans sa famille, et qui avaient joué le rôle étiologique dans sa maladie, persistassent.

M. X... est un avocat de trente-six ans, d'une haute stature ($1^{m},87$) qui, à la suite de surmenage, est tombé dans un état neurasthénique.

L'anorexie est complète, la langue chargée, et le malade ne supporte plus rien. Le lait, même à petites doses, cause des malaises gastriques et malgré le repos à la campagne et le conseil d'un médecin spécialiste pour les maladies de l'estomac, l'état ne fait que s'aggraver. Aussi le malade est-il arrivé au poids de 54 kilogrammes, soit environ 30 kilogrammes de moins que le poids normal. Son médecin, découragé, me l'envoie en me déclarant qu'il n'a pas vu jusqu'ici de cas aussi rebelle, de malade aussi récalcitrant.

Mon malade m'arrive quatre jours avant mon départ pour les vacances. Il me propose d'entreprendre la cure, quitte à me faire remplacer pendant mon absence. J'accepte, mais en lui disant : Dans ce cas, la cure morale devra avoir lieu dans ces quatre jours, car mon confrère, excellent pour la partie matérielle, ne saura pas, peut-être, suffisamment vous convaincre. Il faut chez vous une conversion subite. Vous allez commencer la cure de lait.

— Mais, docteur, je ne supporte pas le lait. Voilà quarante jours que je ne puis rien prendre !

— Et vous voulez continuer comme cela ? Non, n'est-ce

pas ? Alors, comme le lait est de tous les aliments le plus facile à digérer, il faudra bien commencer par là !

Le lendemain, mon malade m'annonce qu'il l'a bien digéré.

Au quatrième jour, veille de mon départ, je lui dis : Vous allez continuer ainsi le lait à doses croissantes jusqu'au septième jour ; puis vous prendrez les trois repas, copieux, sans choix aucun, et du lait entre les repas.

— Mais, docteur, songez donc que je ne supporte rien depuis longtemps !

— Encore une fois, voulez-vous rester dans cette situation désastreuse ? Mangez, vous dis-je ! Vous avez aussi protesté contre le lait ; il a été admirablement supporté. Rappelez-vous mon conseil : les trois repas copieux, sans choix, et du lait entre deux !

A mon retour, le confrère qui me remplaçait m'annonça qu'il n'avait pas eu la moindre peine à maintenir le malade dans la voie tracée. En cinq semaines il avait gagné 12 kilogrammes et demi.

M. G..., avocat de trente-cinq ans, est un déséquilibré hanté de l'idée de goutte qui, à côté d'innombrables troubles nerveux, souffre de l'estomac et suit depuis quinze ans des régimes sans restriction. Son médecin n'arrive pas à lui faire prendre des aliments réconfortants ; il pèse 51 kilogrammes, alors qu'il avait autrefois 75 kilogrammes.

Constipé, il a une prévention contre tous les remèdes et il accuse son médecin de l'avoir rendu malade en lui donnant un verre d'eau de Châtel-Guyon.

J'arrive en une seule conversation à supprimer toutes ses préventions. Dès la première semaine, pendant la cure lactée, il augmente de 1^{kg},200 ; dans la deuxième il augmente de 4^{kg},800 ; au bout de huit semaines il a

gagné $17^{kg},500$ et vit pendant six mois de la vie la plus normale.

Ce malade, qui n'était qu'un hypocondriaque, est retombé plus tard dans ses idées fixes d'impuissance à digérer. Je n'ai pu réussir à le convaincre et, rentré à la maison, il s'est laissé mourir d'inanition ; j'ignore s'il y a eu suicide final. Mais dans la première crise, malgré le caractère absolument vésanique du mal, j'ai réussi à vaincre les résistances du malade.

Comme je l'ai dit, dans mon travail de la *Revue de Médecine*[1], c'est par centaines, je n'exagère pas, que je pourrais compter les cas plus ou moins graves de dyspepsie gastro-intestinale que j'ai fait passer du régime restreint, resté inefficace, à une suralimentation manifeste. Je n'ai jamais eu d'accidents qui m'aient forcé à reculer, et ces malades ont réussi à continuer cette alimentation sans désordres gastriques ; non seulement ils ont repris leurs forces, l'embonpoint normal, mais ils ont perdu en tout ou partie les troubles nerveux divers qui accompagnaient leur dyspepsie, non pas comme conséquences de cette dernière, mais comme symptômes concomitants du nervosisme.

Il est clair que ce traitement qui consiste à ramener si vivement, par une influence persuasive, des malades à une suralimentation pareille pourrait avoir des dangers quand il s'agirait d'une affection organique, telle que le cancer ou l'ulcère rond. Toutefois le repos au lit et l'alimentation lactée pure améliorent directement les fonctions de digestion, et j'ai obtenu chez un cancéreux, qui se refusait à l'intervention opératoire, la cessation des vomissements et des douleurs, et une augmentation régu-

1. Des troubles gastro-intestinaux du nervosisme. *Revue de médecine*, n° 7, 10 juillet 1900. Paris, Félix Alcan.

lière du poids de 500 grammes par semaine. Ce mode de traitement s'applique aussi avec avantage à tous les états de dénutrition, d'anémie, aux migraineux dyspeptiques et constipés. J'ai vu cesser sous l'influence de cette cure reconstituante des migraines anciennes et rebelles. Mais c'est surtout quand on a reconnu la nature nerveuse, psychique, de la dyspepsie que ce traitement peut être appliqué énergiquement, sans hésitation.

Or je l'ai dit et répété : le diagnostic de dyspepsie nerveuse ne se base pas, en général, sur l'examen de l'estomac, sur les recherches chimiques. C'est par l'observation du malade qu'on décèle chez lui les particularités mentales du nervosisme, la psychopathie. C'est pourquoi il est si facile de guérir ces malades par une psychothérapie rationnelle.

On peut du reste obtenir les mêmes résultats par l'hypnose et la suggestion brutale, par l'intimidation, les menaces. Les troubles gastro-intestinaux sont aussi justiciables de cette thérapeutique un peu bourrue que les spasmes, les contractures, les aphonies, etc. Je n'aime pas ces moyens.

Mon vieil ami, le professeur Déjerine, de Paris, a depuis longtemps employé dans sa clientèle la psychothérapie que je préconise. Il a eu le mérite de l'appliquer à l'hôpital et il a montré qu'il est possible d'obtenir dans ces conditions des résultats excellents. Il s'exprime ainsi [1] :

« Depuis 1895, époque à laquelle j'ai commencé à employer ce mode de traitement dans mon service de la Salpêtrière, je l'ai appliqué à environ 200 cas de psycho-

1. Le traitement des psychonévroses à l'hôpital par la méthode de l'isolement. Extrait de la *Revue neurologique*, n° 15, décembre 1902. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

névroses — hystérie, neurasthénie, hystéro-neurasthénie, anorexie mentale, vomissements incoercibles, etc. — Les observations d'un certain nombre de malades atteintes de différentes formes de l'hystérie ont été publiées dans la thèse de mon élève Manto[1], d'autres feront l'objet d'un travail plus étendu qui sera prochainement publié par mes internes, MM. Pagniez et Camus. Or, sur ces 200 cas de psychonévroses qui ont passé dans mon service depuis sept ans, je n'ai eu à enregistrer que deux insuccès. J'ai eu affaire à des formes très graves d'hystérie, à des anorexies mentales qui entraient dans le service dans un état de cachexie extrême, à des neurasthéniques ayant perdu le tiers et même la moitié de leur poids et ayant un état hypocondriaque ou mélancolique accusé, à des gastropathies fonctionnelles, traitées sans succès depuis des mois et même des années par des gastro-thérapeutes dont l'action avait du reste été des plus nuisibles, car elle avait encore imprimé davantage dans le cerveau des malades, — par l'examen du suc gastrique, le lavage de l'estomac, les régimes et les menus, — l'idée d'une affection stomacale réelle. Souvent enfin des collègues des hôpitaux m'ont envoyé des névropathes fortement atteints ayant plus ou moins longtemps séjourné dans leur service. Or, dans tous les cas, aussi bien dans ceux qui étaient graves que dans ceux de moyenne intensité, j'ai toujours obtenu des résultats favorables, et j'entends par là non pas des améliorations plus ou moins marquées, mais de véritables guérisons. J'ajouterai enfin en terminant que, depuis huit ans que je suis à la Salpêtrière, les symptômes qui caractérisent ce qu'on a appelé

1. G. S. Manto, *Sur le traitement de l'hystérie à l'hôpital*, Thèse de Paris, 1899, Steinheil. Dans ce travail sont consignées les observations de 23 malades.

la grande hystérie n'ont jamais duré une semaine dans mon service. »

Au point de vue de la gravité des cas je me trouve à Berne dans des conditions particulièrement défavorables ou favorables, comme on voudra. Ma clientèle étrangère ne se compose que de malades anciens qui ont fait, avant de se décider à une cure dans un autre pays, d'innombrables tentatives de traitement. C'est vraiment, dirai-je, la crème des nerveux que m'envoient mes excellents confrères étrangers.

Eh bien, dans ces vingt dernières années, j'ai eu à traiter des centaines de cas de dyspepsie nerveuse, plus ou moins accompagnée d'autres troubles nerveux, et je puis affirmer que rien n'est plus facile que de faire cesser en quelques semaines tous ces accidents. C'est à tel point que depuis environ dix ans cette partie de la cure ne m'intéresse plus particulièrement ; elle est devenue banale pour moi.

Pendant un ou deux jours je dois mettre un soin particulier à persuader mon malade, mais bientôt je n'ai plus à m'occuper de ses troubles gastriques. Il arrive souvent que mes malades passent à la suralimentation sans que je sache que nous sommes arrivés au septième jour. Autrefois c'était pour moi le moment décisif, maintenant je suis si persuadé d'avance que cela ira, que j'oublie cette date, et si je continue des conversations journalières psychothérapiques, c'est pour agir sur la mentalité du malade et l'amener à une saine philosophie de vie.

Comme Déjerine j'ai été frappé des très grands inconvénients des recherches diagnostiques des gastro-thérapeutes. Loin de moi la pensée de vouloir repousser ces moyens de diagnostic. Au contraire nous devons faire tous nos efforts pour affiner nos méthodes d'examen.

Mais il y a un abîme entre ces expériences physiologiques faites sur l'homme et la clinique ; nos chimistes modernes le franchissent d'un pas bien allègre. Hélas, ce ne sont pas eux qui s'y cassent la tête, ce sont les pauvres malades.

Les diagnostics par les sondages, les déjeuners d'essai, les recherches chimiques, doivent être réservés aux cas rares où il y a lieu d'hésiter entre le nervosisme et les affections organiques. Les appliquer à presque tous les cas de dyspepsie, c'est ou bien jeter de la poudre aux yeux du malade en lui donnant l'illusion d'avoir été bien examiné, — j'ai surpris bien des gastro-thérapeutes dans cet état d'âme, peut-être inconscient, qu'on retrouve chez beaucoup de spécialistes, — ou bien faire des recherches scientifiques utiles, mais dont pâtit souvent le malade.

Oui, l'art du diagnostic est bien beau et j'ai été trop longtemps dans les hôpitaux pour avoir perdu l'amour de la précision. Mais il y a des cas nombreux où cette recherche des détails décèle chez celui qui travaille une curiosité scientifique franchement égoïste plutôt qu'une sympathie bien vive pour le malade.

Il y a des occasions où il faut savoir fermer les yeux, ne pas faire pressentir le danger. Il y a de la cruauté à vouloir à toutes forces préciser le diagnostic de la tuberculose, du cancer, des affections graves en général.

Faites-y attention ; même quand vous vous taisez et cherchez à tromper le malade en lui donnant des assurances de guérison, vous vous trahissez par cette manie de vouloir employer tous les moyens de recherche.

Il faut savoir renoncer au thermomètre quand la constatation de la fièvre inquiète le malade, à la recherche des bacilles quand vous risquez par là de troubler son esprit, car on lui fait ainsi plus de mal que de bien.

Le médecin ne doit pas être seulement un savant qui pratique sur son malade une espèce de vivisection ; il doit être avant tout un homme de cœur qui sait se mettre à la place de ceux qui souffrent.

Dans le domaine du nervosisme cette précision fallacieuse du diagnostic est dangereuse. Je l'ai dit, l'idée, la représentation mentale, joue un rôle capital dans la genèse de toutes les psychonévroses, et le médecin risque fort de fixer l'état hypocondriaque du malade.

Le médecin ne peut éviter cet écueil qu'en développant ces qualités d'observateur, en apprenant à juger les cas de haut, sans avoir besoin d'épuiser tous les moyens de recherche. A force de voir les arbres on ne voit plus la forêt, dit un proverbe allemand, et je suis étonné de voir tant de jeunes médecins possédant toutes les roueries du diagnostic de détail, et qui... ne savent pas faire un diagnostic.

C'est que l'art du diagnostic ne consiste pas seulement à recueillir un grand nombre de renseignements mais à coordonner ceux qu'on a pu rassembler, pour arriver à une vue claire de la situation. C'est ici qu'on pourrait dire : *Non numerandæ sed ponderandæ sunt observationes*.

VINGT-DEUXIÈME LEÇON

Influence des représentations mentales sur l'intestin ; abus du mot : entérite. — Diarrhée émotive ; nécessité de combattre cette sensibilité psychique. — Fixation de la pensée sur le trouble intestinal ; ses inconvénients. — Expériences physiologiques ; Pawlow ; Kronecker. — Colite muco-membraneuse ; sa cause habituelle : la constipation.

Si l'on n'a pas suffisamment vu la fréquence des dyspepsies nerveuses, on ne fait aucune difficulté pour reconnaître que des émotions morales, des représentations mentales peuvent diminuer l'appétit, provoquer des sensations de dégoût et troubler la digestion. Chacun peut retrouver dans sa vie des exemples de cette influence.

Il semble qu'on oublie un peu la possibilité de ces réactions quand on considère les parties inférieures du tube intestinal. Soustraits à l'empire de la volonté, les mouvements intestinaux semblent échapper aussi à l'influence psychique.

C'est une erreur. Il y a autant de troubles intestinaux qui sont « nerveux » et qui peuvent dépendre de l'état d'âme, que de dyspepsies stomacales du même ordre.

Les diarrhées nerveuses, en particulier, sont très fréquentes, et c'est à tort que les médecins, toujours pressés d'employer des expressions techniques, les appellent des *entérites*.

L'entérite vraie, c'est-à-dire l'inflammation de la muqueuse intestinale, est une maladie rare, résultant le plus

souvent d'intoxications chimiques ou microbiennes. Elle est souvent fébrile comme la plupart des phlegmasies, et le tableau clinique est tout autre que celui des diarrhées nerveuses.

Et cependant c'est tous les jours que mes clients m'assurent verbalement ou par écrit qu'ils sont atteints d'entérite chronique. Il en est de cette entérite comme de la dilatation d'estomac et de l'entéroptose ; elle est à la mode et un confrère français, qui a vu clair, disait en souriant à sa malade : Mais, Madame, toute personne qui se respecte a aujourd'hui de la dilatation d'estomac et de l'entérite !

Et c'est pour combattre ce mal qu'on va aux eaux chaque année, qu'on vit d'un régime de restrictions, ne mangeant que de la viande, du riz, des œufs, des légumineuses en purée. C'est pour cela qu'on fait des irrigations de l'intestin et qu'on pratique l'antisepsie intestinale !

Eh bien, je ne puis accepter ces vues.

J'abandonnerai au spécialiste pour les maladies des enfants les diarrhées du jeune âge, souvent justiciables de mesures diététiques, quoique je conserve toujours une juste méfiance vis-à-vis du praticien trop imbu de sa puissance et qui, dans ses prescriptions, s'écarte trop de l'alimentation ordinaire.

Je traiterai par le régime, par des médicaments, les diarrhées diverses, aiguës ou chroniques, qui sont l'indice d'une affection locale de l'intestin, mais je ne crains pas de dire que la plupart de ces soi-disant entérites ne sont que des troubles fonctionnels souvent provoqués ou entretenus par le nervosisme et qu'il est facile de les guérir par des conseils d'hygiène plus morale encore que physique.

Rien n'est fréquent comme la diarrhée émotive, celle des soldats sur le champ de bataille, celle des enfants qui ont peur, celle des dames mises en émoi par la perspective d'un voyage, d'une obligation mondaine quelque peu troublante. Par sa répétition fréquente, cette réaction émotionnelle devient plus facile, comme dans l'éreuthophobie où le moindre mouvement psychique pousse le sang au visage, si bien que le malade rougit à tout propos et hors de propos. La sensibilité à la détente devient telle qu'elle constitue une vraie maladie.

Que faut-il faire pour combattre cette sensibilité, supprimer cette réaction trop vive ? Prescrire de l'opium, du tanin ? Non ! ces moyens ne donnent le plus souvent que des résultats palliatifs quand ils ne produisent pas des effets diamétralement opposés à ceux que l'on attendait. Il faut diminuer l'émotivité ; il faut que le malade comprenne les inconvénients de cette hyperesthésie psychique et s'applique à envisager avec plus d'indifférence, de calme raisonné, les événements qui ont le don de l'agiter.

On amène les malades à cette tenue morale en analysant avec eux les situations, en leur apprenant à juger sainement, à s'armer de raisons logiques pour diminuer cette réaction trop facile. Il faut que les malades comprennent combien l'attention fixée sur un phénomène organique, même indépendant de la volonté, favorise sa production, qu'ils saisissent tout l'intérêt qu'il y a à diminuer la fréquence de la réaction.

Il faut savoir fixer cette idée dans leur entendement par des images ; j'ai coutume de comparer ces réactions au jeu d'un verrou qui devient d'autant plus libre qu'il est plus souvent poussé et qui se rouille si on l'a laissé longtemps immobile. Le malade comprend alors la possibilité d'arrêter peu à peu le mouvement émotionnel,

psychique, et par là le retentissement qu'il a sur l'organisme.

La tâche est souvent difficile, mais elle est toujours possible quand le médecin sait trouver les arguments justes, approprier sa dialectique à la psychologie du sujet.

Dans bien des cas l'émotivité du malade est si visible et il vous signale si bien lui-même l'influence psychique qui détermine le flux intestinal, qu'il est facile d'arriver au diagnostic de diarrhée nerveuse. Mais il y a des cas, plutôt rares, où il est difficile de dégager cette influence psychique. J'en citerai un exemple :

Un homme de cinquante-huit ans me consulte pour une diarrhée chronique qui a résisté à toutes les médications d'un confrère aussi expert que prudent dans ses interventions. Ce dernier a si bien fait les choses qu'il me met dans l'embarras en m'envoyant le malade ; il ne me laisse aucune arme qui n'eût déjà été employée sans succès.

Au premier examen, je ne surprends chez le malade aucun symptôme apparent de nervosisme, tout au plus une certaine sensiblerie, une façon de se plaindre avec des larmes dans la voix.

Croyant à un catarrhe intestinal, peut-être même à un néoplasme, je recours au régime, aux médicaments. Découragé par l'insuccès, je remets le malade à une alimentation copieuse et variée, moyen qui m'avait souvent réussi dans des entérites, même quand elles avaient une origine tuberculeuse. Mais la diarrhée ne fit qu'augmenter tous les jours et je ne savais plus à quel saint me vouer.

Peu à peu j'avais fait connaissance de la personnalité mentale du sujet, j'avais surpris ses tendances hypocon-

driaques, son penchant à ne songer qu'à lui, et un jour je l'apostrophai en lui disant avec une bienveillance un peu bourrue : Mais, mon cher monsieur, je commence à croire que votre diarrhée, née peut-être un jour sous l'influence d'une cause quelconque, ne dure si longtemps que parce que vous pensez toujours à votre intestin ! Voulez-vous bien vous oublier enfin et penser aux vôtres dont vous rendez l'existence intolérable par vos exigences culinaires. Votre femme ne sait plus que cuire pour son tyran !

Un peu interloqué le malade m'avoua qu'il pensait constamment à sa diarrhée, qu'il en prédisait l'apparition à sa femme avant même d'avoir touché aux plats qu'on lui préparait. Il reconnut sans peine le rôle qu'avaient joué ces préoccupations. Il continua l'alimentation copieuse qui amena des augmentations de poids régulières et la diarrhée cessa dans l'espace de quelques jours. Le malade est guéri depuis plusieurs années et n'a conservé qu'une certaine sensibilité de l'intestin aux écarts de régime qu'il lui est facile d'éviter.

Le plus souvent la diarrhée nerveuse s'accompagne de dyspepsie gastrique, d'anorexie, de renvois, de borborygmes, de flatulence et de symptômes nettement neurasthéniques, tels que les céphalées et l'impuissance d'agir. Ces malades soumis au repos au lit, à la cure de lait préparatoire, supportent très bien la suralimentation.

Je détaille l'observation qui suit, qui a été résumée par le malade lui-même. Elle montre comment, tout en traitant les troubles intestinaux par des moyens diamétralement opposés aux prescriptions habituelles, on peut faire en même temps œuvre plus importante et rendre à un malade, condamné depuis longtemps à l'impuissance, la faculté du travail complète et définitive. Je laisse à

l'observation la forme sommaire que lui a donnée le malade, jeune homme de trente-deux ans, intelligent, qui me la résuma par écrit en ces termes :

« Hérédité arthritique et nerveuse. Mère délicate lors de la naissance de son fils.

Première période : Jusqu'à seize ans, santé bonne. Musculature peu développée au tronc et aux bras. Quelquefois troubles intestinaux légers. Travail très facile et généralement avec trop de zèle. Exercices réguliers suffisants.

Deuxième période : De seize à vingt-trois ans, apparition de la neurasthénie sous forme de céphalée dans les réunions mondaines et l'air peu renouvelé. Crainte excessive de la chaleur. Travail parfois peu lucide. Émotivité excessive. A manqué par ce fait un examen auquel il était bien préparé.

Cette neurasthénie est attribuable à la contention d'esprit excessive et surtout trop prolongée, et aussi à quelques fatigues physiques dans les Alpes. Fait en dépit de cette fatigue nerveuse ses examens avec succès. Supporte une année de service militaire sans symptômes apparents de neurasthénie.

La reprise d'études plus sérieuses encore et probablement l'influence de la vie sans famille, avec la nourriture de restaurant, amènent des troubles intestinaux avec atonie, constipation alternant avec des diarrhées. Subit aussitôt un traitement local par des lavements d'eau salée destinés à porter un courant électrique dans le côlon. Loin d'améliorer son état, ce traitement n'a fait qu'irriter l'intestin.

Puis il suit, pour son plus grand dommage, le régime restreint d'un spécialiste célèbre.

Ayant subi avec succès de nouveaux examens, il

retrouve l'élasticité de l'esprit et constate une amélioration marquée.

Il fait une cure d'eau froide et les médecins lui ordonnent de renoncer aux études, sous prétexte qu'il est incapable de supporter la contention d'esprit.

Troisième période : de vingt-trois à trente ans. Essaie de la peinture pour tuer le temps, mais doit y renoncer à cause de la fatigue nerveuse. Vie décousue, sans occupations régulières. Essais de traitements arsenicaux à domicile, des glycérophosphates, etc., sans le moindre succès. Par périodes, troubles intestinaux sérieux, atonie, débâcles intestinales. Point de dyspepsie stomacale. Variations de poids entre 61 et 56 kilogrammes (sans vêtements) ; 61 a été le poids maximum pendant toute sa vie de jeune homme (taille $1^{m},75$). A vingt-cinq ans pleurésie sans épanchement ni fièvre.

Marié à vingt-six ans, il continue cette vie veule. A vingt-neuf ans, après des fatigues excessives et une mauvaise nourriture dans un stage d'officier dans les Alpes, a décliné sérieusement. Apparition de la dyspepsie stomacale ; travail de plus en plus pénible et souvent peu lucide.

Quatrième période : de trente à trente-deux ans. En mai 1896 a, sur le conseil formel du médecin, abandonné tout travail et peu à peu renoncé à toute lecture. Séjours d'altitude qui, par la nourriture d'hôtel, ont aggravé considérablement l'état gastrique. Déclin rapide des forces que ni la viande crue, ni les piqûres de sérum ne purent enrayer. Dans l'hiver 1896-1897 deuxième pleurésie légère. Cure de repos avec petits repas de viande crue (250 grammes par jour) ; régime farineux, proscription des légumes. Aggravation de l'état général ; tombe à 53 kilogrammes.

Impossibilité d'une occupation quelconque, épuisement complet après une courte visite d'un ami. Injections de sérums divers sans succès. Langue blanche, estomac clapotant continuellement. Constipation avec évacuation de peaux, vives douleurs dans le côlon. Diarrhée putride aiguë qu'on attribue à l'ingestion de viande gâtée. Selles sanguinolentes ; forte desquamation intestinale. Émaciation extrême. Traitement sans succès par le benzonaphtol, les amers, le koumis, les irrigations intestinales. C'est au contraire en renonçant à tout cela que le malade revient dans l'été de 1897 à un meilleur état. Il peut reprendre la marche et la supporte pendant deux à trois heures par jour. Le poids s'élève à 56 kilogrammes. Il reprend sa gaîté et sa sociabilité. Mais la lecture n'est pas encore possible.

Nouvelle cure d'eau froide qui ne produit qu'une aggravation au moins au début. Après la cure, amélioration. Le poids remonte légèrement, la lecture fatigue un peu moins. Digestion stomacale se fait assez bien, mais il continue son régime excluant les légumes et les fruits crus. Selles bien meilleures, avec tendance à la constipation exigeant des lavements. Pendant l'hiver de 1897 à 1898 cure déplorable dans un établissement d'hydrothérapie. Aggravation des troubles intestinaux. Diarrhée abondante survenant après les repas ; selles fréquentes, parfois 12 à 15 fois par jour. Souvent évacuation de mucus pur.

Repos d'un mois dans le midi sans amélioration. Le sommeil, excellent autrefois, se trouble, et le malade reste souvent éveillé trois à quatre heures par nuit. »

C'est dans cet état que j'entreprends la cure. Le malade pèse à ce moment 53 kilogrammes ; il a mauvaise mine, les yeux cernés. L'appétit serait passable, mais après les

repas il a des borborygmes, des diarrhées, des douleurs le long du côlon.

Après avoir pris connaissance de cet état et des antécédents je puis dire à mon malade : Je n'hésite pas à déclarer que nous sommes ici en présence non d'une entérite chronique, mais d'un état neurasthénique avec troubles variés, fatigabilité physique et intellectuelle, insomnies, troubles gastriques et intestinaux coexistant ou alternant. Tout cela est nerveux. Or il y a neuf ans que, comme un hanneton qui se butte toujours à la même fenêtre, vous cherchez à vous guérir par un régime, les médicaments, l'eau froide. Ne serait-ce pas le moment d'essayer d'en sortir en prenant une direction diamétralement opposée ?

Le malade répondit : C'est précisément ce que je me dis depuis longtemps. Donnez-moi vos conseils, je ferai tout ce que vous voudrez. — Eh bien, je vous propose :

1° Le repos au lit pendant six semaines parce que vous êtes dans un état d'épuisement. Je n'ai pas besoin d'insister pour vous faire comprendre l'utilité de cette économie de forces.

2° Pour préparer l'estomac, vous allez faire une cure de lait de six jours, puis, sans la moindre crainte, vous prendrez les trois repas de la maison, copieux, sans choix dans les aliments, et vous boirez du lait entre les repas. Je tiens à ce que vous voyiez bien que c'est là tout l'opposé du régime restreint que vous suivez depuis tant d'années sans succès aucun, avec une conscience digne d'un meilleur résultat. Votre alimentation à partir du septième jour sera si copieuse que je ne voudrais pas la partager avec vous. J'ai bon estomac, mais je ne supporterais pas cette suralimentation. Pour vous suivre, il fau-

drait que je me mette au lit, que je fasse les six jours de cure de lait. Alors nous serions de pair !

Le malade se mit vaillamment à l'œuvre sans se soucier de ses malaises gastriques ni de la diarrhée ; il prit son lait, et, dans la deuxième semaine, il sut si bien se suralimenter qu'il fit en sept jours une augmentation de $3^{kg},500$. Les progrès furent continus. La diarrhée diminua peu à peu ; les forces revinrent, et, dans l'espace de cinquante jours, le poids s'éleva de 53 à 65 kilogrammes, soit environ 250 grammes par jour.

Dès la fin de la deuxième semaine l'amélioration des troubles gastro-intestinaux était si évidente que je pus dire : Vous souffrez encore, je le sais, mais au point de vue de votre soi-disant entérite, nous sommes assurés de l'avenir. Je suis tellement sûr que vous perdrez peu à peu tous ces troubles, que j'ose vous avouer que je ne m'intéresse pas grandement à cette question secondaire. Ce qui m'inquiète pour vous, c'est qu'à trente ans vous viviez ainsi d'une vie veule, sans travail, sans occupations régulières. C'est la santé morale qu'il vous faut d'abord, votre santé physique en dépend, et c'est cette confiance en vous-même que vous ne pouvez conquérir par les douches, le benzonaphtol, les glycérophosphates. Oubliez votre estomac, votre intestin ; supportez gaiement les malaises que vous cause encore le fonctionnement de ces organes et mettez-vous au cœur l'ambition de vivre une vie active et courageuse.

Mon malade me regarda un instant étonné et me dit : « Comment, vous croyez que je pourrais de nouveau travailler ? Il y a quinze jours mon médecin qui me connaît bien m'a dit : Mon cher monsieur, il vous faut renoncer à vous débarrasser de cette entérite ; elle est trop ancienne et vous continuerez le reste de vos jours à suivre un

régime minutieux ; ce n'est pas si pénible ; vous verrez, on s'y habitue ! Quant au travail il ne faut pas y songer. Votre capital de forces nerveuses ne vous le permet pas. Vous ne pouvez que vous occuper un peu pour vous distraire ou remplir quelque fonction secondaire.

— Eh bien, non ! répondis-je. Vos troubles intestinaux s'amélioreront sûrement pendant la cure de suralimentation. Vous allez vous fortifier graduellement. Vous êtes intelligent, travailleur par goût ; toute votre impuissance ne tient qu'à votre conviction d'impuissance, et je vous conseille sans la moindre hésitation de reprendre à la fin de votre cure une vie active. »

Le malade fut vite persuadé, et malgré de nombreux malaises pendant le reste du traitement, il sut garder une disposition franchement optimiste. J'eus plus de peine à convaincre les proches du malade qui, plus phobiques encore que lui, firent tous leurs efforts pour contrecarrer ces plans.

Dès le retour à la maison le malade se remit à la lecture, à sa tenue de livres, et reprit une vie normale. L'exercice de la marche resta un certain temps difficile mais le progrès fut néanmoins continu. Quinze jours après je revois le malade amélioré, ayant gardé le poids acquis de 65 kilogrammes. — Tout ne va pas encore bien, comme le montre la note suivante :

« 1° Sommeil toujours médiocre ; insomnies fréquentes de deux à trois heures.

« 2° Selles trop molles. Douleurs très supportables le long du côlon surtout pendant la période d'insomnie. Sentiment d'irritation rectale avec besoin d'aller à la selle dans la journée. Ces derniers symptômes plus fugitifs et cédant généralement à la distraction. Appétit souvent coupé par un sentiment d'irritation intestinale pendant les repas.

3° Travail possible, mais encore avec fréquents maux de tête. »

J'encourage le malade à persister, à continuer un régime normal, mangeant de tout assez copieusement pour ne pas maigrir, et avant tout je le pousse au travail.

Dix jours après, reprise de travail. Amélioration rapide de tous les symptômes. Depuis lors il n'y eut pas de rechutes. De temps à autre le malade put se plaindre encore de quelques troubles intestinaux, flatulence, diarrhées explosives. Il eut pendant quelque temps une toux un peu suspecte et qui m'inquiéta par le fait qu'il avait eu deux pleurésies. Ce fut pour moi une raison de plus d'insister sur une alimentation copieuse et variée, la seule qui soit vraiment reconstituante.

La faculté de travail grandit sans cesse. Il put occuper une position scientifique en vue et sa santé est restée excellente dans les six dernières années. Aujourd'hui, c'est un homme qui publie des ouvrages scientifiques de la plus grande valeur, qui travaille douze à quatorze heures par jour, vit à côté de cela la vie mondaine et ne craint pas même la polémique toujours irritante de la presse. Homme de science et philosophe, il vit d'une vie saine et utile.

Cette observation montre comment des troubles gastro-intestinaux qui ont résisté pendant environ dix ans à tous les traitements, cèdent lentement mais sûrement à la suralimentation reconstituante suivie d'un régime normal, si l'on sait dissiper les craintes du malade et lui donner la conviction qu'il peut vivre comme les autres. Elle montre aussi comment on peut lui rendre la confiance en lui-même et le ramener à l'activité sans même prendre soin d'éviter le surmenage.

Tous les jours, du reste, le médecin pourrait sur-

prendre chez ses malades cette influence du moral sur les fonctions du tube intestinal et utiliser ces données pour les guérir.

Mais c'est en sens contraire qu'on agit sur eux ; on leur diagnostique une entérite sans rechercher les causes qui ont produit le trouble intestinal ; on leur apprend à reculer devant les obstacles au lieu de les franchir ; on les condamne à une vie veule qui entretient la mentalité hypocondriaque, commune à presque tous les névrosés.

Il faut avouer que la physiologie, telle qu'elle nous était enseignée jusqu'ici, ne nous ouvrait pas les yeux sur ces relations du physique et du moral. Cependant le jour se fait dans ce domaine de science précise, expérimentale.

Dans une magistrale étude sur le travail des glandes digestives, Pawlow, de Saint-Pétersbourg [1], a montré que, chez le chien, la sécrétion du suc gastrique n'est pas provoquée, comme on l'avait cru jusqu'ici, par l'irritation mécanique et chimique de la muqueuse gastrique, mais qu'elle s'établit avant tout par *le désir*, par la représentation mentale. *L'appétit psychique* est l'excitant le plus puissant des fonctions digestives. Un chien à qui on fait espérer un régal de viande en lui montrant l'assiette, sécrète la même quantité de suc gastrique que celui auquel on donne à mâcher 100 grammes de viande.

L'ignorance de cette influence psychique a amené les physiologistes à des conclusions erronées. Irritant à travers une fistule la muqueuse stomacale avec une barbe de plume, une tige de verre, ils ont vu sourdre le suc gastrique et ont cru démontrer ainsi que l'irritation mécanique suffisait. Cette réaction ne se produit pas si l'opérateur se lave assez les mains pour qu'il n'y ait aucune

1. *Die Arbeit der Verdauungsdrüsen*, trad. Walther, 1898.

odeur d'aliments capable d'exciter les désirs de l'animal.

Pawlow a montré aussi que les sécrétions de l'estomac et de la partie supérieure de l'intestin varient dans leur composition chimique suivant la nature de l'aliment introduit dans la bouche, alors même qu'on évite, par la section de l'œsophage, l'entrée des aliments dans l'estomac.

Par la voie nerveuse, les glandes digestives sont averties de l'arrivée de l'aliment et préparent à l'avance le dissolvant convenable des albumines, des graisses.

Ces constatations confirment les faits cliniques que j'ai observés jusqu'ici. Le meilleur régime est celui de l'alimentation variée, celle qui convient aussi aux gens sains. Le régime unilatéral, quel qu'il soit, a l'inconvénient de tarir les sécrétions qui ne sont pas utilisées, et si la quantité de l'aliment conseillé devient trop considérable, il épuise la sécrétion utile. Pour faire fonctionner les organes il faut les entraîner, entretenir leur activité. J'ai obéi à ce principe si simple de thérapeutique et n'ai jamais eu l'occasion de m'en repentir.

Un autre physiologiste, le professeur Kronecker, de Berne, résumait un jour, devant un auditoire de médecins, ses expériences sur les mouvements péristaltiques du chien étudiés au moyen de la boule d'argent introduite dans une anse intestinale isolée par la méthode de Villa. La rapidité avec laquelle la boule arrive à l'extrémité de l'anse isolée donne la mesure de la vitesse du mouvement intestinal. Il nota l'accélération, inconstante du reste, provoquée par l'ingestion des aliments, rappela le fait bien connu aussi des borborygmes à jeun ; il signala l'accélération par le mouvement, l'action du massage de l'abdomen et termina par ces mots : Et messieurs, ce qui agit surtout sur l'intestin du chien, ce sont les émotions

morales, tristes ou joyeuses ; il suffit de menacer l'animal d'une punition ou de lui faire espérer une promenade avec son maître, pour voir arriver la boule d'argent à l'orifice plus rapidement que sous l'influence des agents physiques.

S'il suffit, chez le chien, de représentations mentales pour provoquer les sécrétions et accélérer le mouvement péristaltique, cette intervention de l'idée ne doit-elle pas être plus puissante encore chez l'homme dont la vie psychique est bien autrement riche et compliquée.

Est-ce à dire que dans tous les cas où l'on reconnaît l'influence nerveuse sur les troubles intestinaux, le succès soit assuré ? Non, il y a des cas, mais ils sont exceptionnels, où on n'arrive pas à supprimer entièrement cette sensibilité, cette réaction trop facile. J'ai cependant toujours obtenu des améliorations ; mais il y a des gens qui sont ainsi faits, qu'ils prennent la diarrhée sous l'influence du plus minime refroidissement, aux changements de saisons. Ces malades-là sont aussi sensibles aux variations de régime ou conservent une idiosyncrasie à l'égard des crudités. C'est toujours encore en régularisant leur vie et en les rendant vaillants de corps et d'esprit qu'on améliore leur état.

Il est une forme d'entérite sur laquelle je dois insister, c'est celle où l'on voit survenir des débâcles intestinales alternant avec la constipation ou bien dans laquelle des selles peu abondantes s'accompagnent d'une sécrétion muqueuse. C'est une diarrhée paradoxale qui peut coexister avec la constipation qui la produit. J'ai vu les hémorroïdes agir dans le même sens, comme le ferait un corps étranger, un suppositoire.

Ce trouble fonctionnel est souvent accompagné de sensations douloureuses sur le parcours du côlon descendant,

de ténesme. Les évacuations sont souvent presque entièrement composées de mucus, concrété en lanières ; les scybales sont entourées d'une couche de mucus. Il y a là, dans le rectum, une hypersécrétion de mucus analogue à celle que produit si abondamment, dans l'œsophage, la présence d'une sonde. Ce sont ces états-là qu'on décore du nom d'entérite, de colite ou rectite pseudo-membraneuse, et qu'on traite par des prescriptions de régime qui restent sans effet sur les dernières voies, ou par des lavements médicamenteux qui ne font qu'aggraver le mal.

Je n'ai rien contre l'appellation quoique je ne voie pas l'utilité qu'il y a à répéter en grec ce que le malade nous dit en français. Il ne suffit pas de constater le désordre, il faut en trouver la cause, le faire cesser.

Or ici c'est la constipation que j'incrimine : à part quelques cas exceptionnels de polypes intestinaux ou d'affections dysentériques, je n'ai jamais vu de colite muco-membraneuse idiopathique. Je l'ai toujours vue résulter des irrégularités dans le fonctionnement de l'intestin et en particulier de la constipation habituelle. C'est en traitant cette dernière qu'on fait disparaître les symptômes d'irritation rectale.

VINGT-TROISIÈME LEÇON

Constipation habituelle. — Inutilité des laxatifs. — Efficacité du traitement par le dressage. — Influence de l'habitude. — Exposé des prescriptions destinées à rétablir le fonctionnement intestinal. — Influence suggestive. — Psychologie des malades constipés.

Maintenez la liberté du ventre, ont dit de tous temps les praticiens de bon conseil et le public semble avoir pris très au sérieux cette prescription. Conservateur d'instinct, il s'attarde aux conceptions anciennes et l'on voit de nos jours bien des gens se purger à époque fixe, comme ils se saignaient encore il y a cinquante ans. Les spécialités dépuratives jouissent d'une grande vogue, surtout quand elles ont des effets laxatifs qui semblent prouver qu'elles purifient le sang.

On a quelque peu renoncé, dans la médecine moderne, peut-être à tort, aux évacuants, aux vomitifs, aux purgatifs. On reconnaît moins l'indication de faire une dérivation sur l'intestin et de combattre ainsi des phlegmasies diverses, mais nous recourons encore souvent à ces préparations pour combattre un trouble fonctionnel fréquent, la constipation habituelle. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la quatrième page des journaux pour constater combien ces remèdes sont encore employés, car l'offre est toujours proportionnelle à la demande.

En effet, la constipation est un mal qui peut à lui seul

amener de graves désordres et qui complique la situation dans diverses affections locales ou générales. Il est rare que la coprostase simple provoque des accidents sérieux, et, depuis qu'on a montré le rôle de l'appendice, on ne parle plus guère de la typhlite stercorale. Cependant on observe parfois, sans lésions intestinales, une réplétion telle du gros intestin que force est de recourir aux lavements, aux laxatifs, voire même à l'extraction manuelle des fèces.

La constipation aggrave chez les femmes les inflammations de l'utérus et des annexes ; elle gêne par la distension rectale l'examen et les traitements gynécologiques. Chez les accouchées elle produit souvent des accès de fièvre qu'un purgatif fait cesser. Enfin, dans le cours d'affections fébriles des divers organes, elle élève la température, augmente la dyspnée. Dans tous ces cas de constipation momentanée l'indication est formelle. Il faut provoquer promptement l'évacuation et rien n'est plus simple et plus efficace que le lavement ou le purgatif.

Mais la situation n'est plus la même dans la constipation habituelle.

J'ai exposé en 1886[1] mes vues sur le traitement de ce trouble fonctionnel ; j'y reviens avec détails, car la question présente un intérêt pratique et théorique. La méthode que je préconise donne en effet des résultats constants et éclaire d'un jour nouveau l'influence de l'idée sur nos fonctions les plus basses.

Au début de ma pratique, j'ai fait comme les autres et j'ai prescrit contre la constipation les laxatifs divers. Je donnais la préférence à des pilules d'aloès qui, prises le soir, amenaient sans douleurs, sans malaises, une éva-

1. *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, n° 1, 1886.

cuation matinale normale. Pendant un certain temps je fus aussi satisfait que mes clients des résultats obtenus, mais ma joie ne fut pas de longue durée.

Peu à peu je vis revenir mes malades. L'un me disait : vos pilules n'agissent plus si bien ; il faut que j'en prenne deux ou trois ; il me semble que l'intestin s'y habitue et devient rebelle à leur action ; l'autre disait : elles produisent toujours leur effet, mais j'aimerais bien n'être pas condamné aux pilules à perpétuité, et quand je cesse je suis plus constipé qu'auparavant.

J'ai essayé alors divers laxatifs que les pharmaciens recommandent comme souverains et exempts de tous inconvénients, mais j'ai toujours constaté les mêmes faits : action très prompte au début, inefficacité à la longue.

J'ai pris alors résolument le parti de renoncer à tous les remèdes et d'instituer une méthode de traitement rationnel, en utilisant la tendance à l'habitude que montrent tous nos appareils physiologiques et en prescrivant quelques mesures de régime.

Le besoin de la défécation s'établit normalement par l'accumulation des fèces dans le rectum, comme l'appétit naît par un certain degré d'inanition, comme le sommeil succède à la fatigue.

Mais on aurait grand tort de ne songer qu'à ces excitants physiologiques normaux. Nous avons souvent de l'appétit à l'heure de notre dîner, alors même que nous n'avons pas dépensé nos forces, épuisé notre capital, alors même que nous avons pris des aliments quelques heures auparavant. Nos paupières s'alourdissent à l'heure où nous nous couchons habituellement, quand même nous n'avons déployé dans la journée aucune activité et, quand nous avons l'habitude de nous coucher tard, nous ne trou-

vons pas le sommeil alors même que par un travail intense, physique ou intellectuel, nous nous sommes fatigués au point de dire : Je n'en puis plus.

J'ai vu des personnes dont les évacuations étaient bien réglées autrefois, s'attirer une constipation opiniâtre par un choix mauvais de l'heure destinée à cette fonction. C'était une heure où la personne était occupée et accidentellement ne pouvait obéir au besoin. Le lendemain le besoin se manifestait à la même heure et de nouveau la personne résistait. Plus tard l'intestin, dont on négligeait les avertissements, ressentait moins le besoin. Le joug de l'habitude était rompu et la constipation s'établissait. J'ai donc songé à utiliser cette tendance à l'habitude et à accumuler sur les heures du matin toutes les excitations qui peuvent agir sur l'intestin.

J'ai choisi le matin parce que c'est l'heure où nous sommes libres de nous livrer à ces soins hygiéniques et parce que normalement, pendant la longue nuit, le mouvement lent de l'intestin a amené au rectum les scories de l'alimentation. Il y a donc, au matin, une première invitation à aller à la selle qui résulte de l'accumulation même des matières.

Le réveil lui-même constitue une deuxième excitation. Je connais bien des gens pour lesquels ce réveil des mouvements péristaltiques, succédant au réveil de la personne, est gênant ; ils sont obligés d'y obéir aussitôt et de sortir de leur lit où ils se trouvent si bien.

Le lever avec les flexions du tronc que nécessitent la toilette, le mouvement de mettre ses bas, de passer son pantalon, fait l'effet d'un massage si efficace que j'ai vu des gens se plaindre de ne pouvoir résister au besoin après avoir lacé leur première bottine.

Voilà trois invitations qui se succèdent coup sur coup

et qui deviennent habituelles, surtout si le lever succède régulièrement au réveil à heure fixe.

Prendre un verre d'eau froide au lever est une mesure qui a été souvent recommandée. Arrivant dans un estomac vide depuis la veille, cette eau excite le mouvement de l'estomac et la contraction s'étend sur tout l'intestin ; c'est une quatrième excitation. Si le malade a remarqué que l'eau chaude ou tiède lui réussit, je n'insiste pas pour l'eau froide. Si c'est un fumeur qui a reconnu les bons effets de la cigarette, j'acquiesce.

L'ingestion du premier déjeuner, surtout s'il est assez copieux, composé de pain et de beurre, particulièrement de pain complet ou pain de son (pain de Graham), active aussi les mouvements péristaltiques. Le miel peut être un utile adjuvant quand il est bien supporté.

Faites intervenir maintenant l'habitude en prescrivant le *dressage à heure fixe*, en enjoignant au malade de se présenter à la garde-robe une heure après le début de son premier déjeuner, vous aurez fait agir sur l'intestin six invitations successives dont chacune pourrait être suffisante pour un sujet non constipé, mais dont la succession régulière peut seule triompher de la paresse intestinale de votre malade. La volonté a en effet quelque action sur la défécation. La mise en jeu volontaire de la presse abdominale déplace les masses fécales, irrite la région anale et amorce le mouvement péristaltique rectal.

Invitez enfin le malade à prendre une alimentation copieuse, en lui rappelant l'adage : les gros mangeurs ne sont jamais constipés ; rendez-le attentif à l'effet laxatif des aliments végétaux, des fruits (les herbivores ne sont guère sujets à la constipation), et vous aurez institué un traitement physiologique de la constipation plus efficace que tous les moyens artificiels.

Au point de vue de l'alimentation, le paysan et l'ouvrier, quand ils ne sont point misèreux, sont mieux nourris que les gens des classes élevées. Obligés de se contenter de légumes de peu de valeur nutritive, ils sont portés à en manger beaucoup pour être nourris et avoir le sentiment de satiété. Leur intestin contient beaucoup de détritus alimentaires. Aussi l'homme du peuple échappe-t-il généralement à la constipation, à l'obésité, à la goutte. Le riche au contraire mange souvent trois fois trop et, donnant la préférence aux aliments très nutritifs et facilement digestibles, il est constipé, obèse, goutteux et par-dessus tout il a le spleen.

Les médecins qui prescrivent aux dyspeptiques un régime restreint, leur défendent les légumes et les crudités, entretiennent comme à plaisir la paresse intestinale. Forcés alors de recourir aux lavements d'eau ou de glycérine, aux médicaments, à l'électrisation de l'intestin, ils irritent ces organes, et c'est souvent à ces interventions intempestives qu'est due la colite muco-membraneuse, qu'on s'efforce de guérir par des lavements astringents.

Cette méthode physiologique de dressage intestinal réussit toujours dans les cas ordinaires de constipation habituelle, si ancienne qu'elle soit, quand elle n'est pas compliquée de fissure anale exigeant une intervention locale. Des hémorroïdes douloureuses peuvent aussi indiquer un traitement préalable, mais si les souffrances sont tolérables la suppression de la constipation peut amener la guérison de cette complication.

J'ose dire que la guérison de la constipation est certaine si l'on sait employer ces moyens, mais pour être efficace il faut que ce traitement soit prescrit avec conviction entière, précisé par une ordonnance écrite. Aussi j'insiste,

et à ceux qui veulent tenter l'essai je donnerai les conseils suivants :

1° Rendez le malade attentif aux inconvénients des laxatifs et des lavements. Proscrivez tout cela, brûlez sans crainte vos vaisseaux.

2° Affirmez qu'on arrive *toujours* par ce dressage intelligent. Si vous avez déjà des succès à votre actif, décrivez-les avec une éloquence convaincante.

3° Demandez à votre malade quand il se lève et prend son premier déjeuner. Vous pouvez dans une certaine mesure tenir compte de ses habitudes. S'il se lève à 7 h. 30, par exemple, donnez-lui par écrit les prescriptions suivantes :

a) 7 h. 30. Lever.

b) 7 h. 45. Boire un verre d'eau froide ; à ceux qui ont la superstition des médicaments, donnez une infusion de quassia préparée la veille.

c) 8 heures. Premier déjeuner copieux : lait, café, thé, au choix ; chocolat même, chez ceux que cet aliment ne constipe pas ; pain (de Graham si possible) ; beurre ; confitures ou miel.

d) 9 heures. *Essai d'aller à la selle à heure fixe.* Insister sur ce point : ne pas aller à d'autre heure, s'y refuser en « disant » à son intestin : tu n'as pas voulu à 9 heures, tu attendras le jour suivant !

e) Alimentation copieuse en donnant la préférence aux aliments végétaux.

Mais ne vous contentez pas d'énumérer ces mesures, de les fixer sur le papier. Expliquez-les, commentez, énumérez les « invitations » que contiennent ces prescriptions.

Le malade vous répondra : Mais j'ai déjà fait l'essai à heure fixe, j'ai déjà bu un verre d'eau froide. Vous pouvez lui répliquer : mon cher monsieur, six canons

peuvent faire la brèche là où un ou deux n'ont pas suffi. Allez-y bravement, vous réussirez !

Et, enfin, n'allez pas supprimer l'effet *suggestif* que vous venez de produire. Un excellent confrère qui pratique depuis de longues années ce traitement me disait qu'il en était très satisfait, mais qu'il avait cependant quelques insuccès. Étonné je lui fis faire l'énumération des prescriptions qu'il avait faites. Elles étaient au complet, comme si je les avais dictées moi-même. Je cherchais les causes de l'insuccès quand mon confrère ajouta : Du reste je n'ai pas découragé le malade et je lui ai dit : si cela ne va pas, il y aura encore d'autres moyens ! — Cette contre-suggestion suffit à expliquer son échec. Quand on veut imposer une conviction, il ne faut pas faire naître l'idée de l'insuccès possible.

Pendant les premières années le traitement que j'avais institué me donna des succès réguliers ; mais ils furent assez lents pour maintenir en moi l'idée qu'ils étaient dus uniquement au dressage créant des habitudes intestinales. Il fallait quinze jours, trois semaines, pour arriver à un résultat. Les succès étaient là cependant, et leur constatation me donna de l'assurance. J'osai affirmer la guérison en toute sincérité. Mon influence s'accrut et bientôt je vis mes malades guéris en huit jours, cinq jours, trois jours. Enhardi je fus plus affirmatif encore et je vis des malades retrouver la régularité des selles au lendemain d'une seule consultation !

Citons quelques exemples :

M[me] H. est une dame de bonne constitution, en pleine santé, mais qui depuis six ans souffre d'une constipation opiniâtre. Elle a épuisé tous les laxatifs, les lavements, le massage. Je lui donne par écrit mes prescriptions. Elles sont accueillies avec un sourire sceptique par la

malade et son mari. Heureusement pour elle, je ne me laisse plus décontenancer par cette attitude et je maintiens mon dire que le succès ne se fera pas attendre. Au bout de cinq jours les selles sont faciles et régulières, et la constipation n'a jamais reparu.

Un confrère m'envoie un flacon de 200 grammes d'un liquide plein de peaux ressemblant à des lanières de pelure d'oignons. L'examen microscopique montre qu'elles sont composées de mucus concrété et le médecin pose le diagnostic de colite muco-membraneuse. Je vois la malade. C'est une grande nerveuse qui a souffert le martyre dans sa vie conjugale. Elle dort peu, ne mange presque pas. Elle a une constipation opiniâtre qu'elle a combattue par les lavements, les purgatifs. Il en est résulté une irritation intense du rectum, une colite que le médecin s'efforce de combattre par les lavements médicamenteux, au bismuth et au ratanhia.

Je n'hésitai pas à proposer la cessation immédiate de tout traitement local. Laissant de côté, comme sans importance, ce désordre intestinal, je cherchai à combattre le nervosisme. J'insistai sur la nécessité d'une suralimentation, montrai les avantages de cette dernière pour le fonctionnement du gros intestin. Je remontai le moral de la malade.

Le succès ne se fit pas attendre. Encouragée, la malade pratiqua la suralimentation, se sentit bientôt plus forte ; les selles devinrent rapidement faciles et régulières. La colite disparut et la malade, que j'ai revue souvent, n'est jamais retombée.

Quelques années plus tard, dans une discussion avec des confrères, le médecin qui avait soigné la malade rompit une lance en faveur de mon traitement. Il avoua que, lors de la première consultation, il avait craint que

j'eusse perdu la tête quand je proposai l'abandon de tout traitement local, mais que bientôt il avait dû reconnaître que le conseil était sage.

Mme G. est une jeune femme de constitution frêle, sujette à des bronchites suspectes. Elle a été traitée pendant des années par les moyens usuels pour une dyspepsie gastro-intestinale avec constipation persistante. Elle vient de suivre chez un médecin spécialiste pour l'estomac un régime aussi inefficace que pénible. Aussi a-t-elle maigri de plus en plus et court le risque d'arriver par la dénutrition à la phtisie.

Je surprends chez cette malade les symptômes d'une impressionnabilité morale exagérée, des phobies, des préoccupations hypocondriaques. Je lui prescris mon traitement de la constipation et, sans m'occuper plus de ce symptôme, je poursuis le traitement de l'esprit dans des causeries journalières.

Au bout de trois jours les selles sont régulières, le poids du corps s'élève ; la malade intelligente devient philosophe stoïque et s'en va guérie. Imbue des principes de la cure, elle fait du bien autour d'elle en ramenant des amies à la vie saine.

Un confrère m'envoie sa femme qui depuis six ans souffre d'une constipation contre laquelle il a tout employé sans succès. Je vois la malade à huit heures du soir à son arrivée et lui prescris le régime de dressage. Le lendemain, elle a une première selle spontanée ; pendant trois semaines qu'elle passe ici, elle n'a pas de constipation et s'en retourne guérie. Un an après mon confrère m'écrit que le résultat ne s'est pas démenti et que ce traitement de la constipation a eu l'heureux effet de rendre toujours plus rares les migraines dont souffrait la malade.

Deux ans après la malade me revient. Sous l'influence de préoccupations morales elle est devenue nerveuse. La constipation est survenue et mon confrère semble désolé de cette récidive, parce que la malade a perdu toute confiance dans le traitement. Il me suffit d'une demi-heure de conversation pour remettre les choses au point, pour montrer à la malade qu'elle est nerveuse, que la constipation est la conséquence de la dépression morale, et pour lui rendre la confiance dans le dressage. Dès ce jour les fonctions se rétablissent. Je n'ai plus eu de renseignements sur la marche ultérieure, mais, pour apprécier l'efficacité de ces mesures, il suffit de savoir que chez cette malade la constipation cessa du soir au matin et que, pendant deux ans, il n'y eut pas de récidive.

La présence même, dans l'esprit du malade, de contre-suggestions, n'est pas un obstacle sérieux, comme le prouve le fait suivant :

Mme X., jeune dame de vingt-deux ans, m'est envoyée et me dit à son arrivée : Ma belle-sœur que vous avez guérie de constipation veut à toute force me faire suivre votre cure ; mais, je vous l'avoue, je viens sans l'ombre de confiance !

— Dans ce cas, madame, vous feriez bien de repartir ; mais quels sont donc les motifs de votre fâcheux scepticisme ?

— Eh bien voilà, ma belle-sœur était maigre, ne mangeait pas ; sa constipation résultait de sa nourriture insuffisante et ne datait que de quelques années. Vous l'avez amenée à manger normalement, elle s'est fortifiée et a perdu sa constipation. C'est très bien et je ne veux en aucune façon rabaisser vos mérites dans cette cure. Mais moi, je suis dans de toutes autres conditions : je mange comme un ogre, vous ne pouvez pas me faire manger

plus ; enfin je suis constipée depuis la plus tendre enfance ; c'était le tourment de ma mère quand j'étais poupon !

Ce n'est pas un obstacle, Madame ! Suivez les prescriptions que je vous donne ici par écrit et cela ira, croyez-moi ! — Le lendemain déjà elle allait à la selle spontanément et au bout de trois semaines elle put constater le succès complet.

Les hypnotiseurs nous ont habitués à des succès du même genre. Oui ; ils réussissent souvent dans l'hypnose ou par la suggestion à l'état de veille à rétablir le fonctionnement de l'intestin, séance tenante ou à échéance.

Pourquoi n'ai-je pas recours à ce moyen si simple? Parce que je réussis tout aussi bien avec les prescriptions que j'ai énumérées, parce qu'il me répugne d'employer de vulgaires subterfuges, c'est-à-dire endormir les malades, leur passer la main sur le ventre pour éveiller l'idée qu'on leur fait quelque chose.

La friction du ventre à travers les habits ou sur la peau nue n'agit que sur l'imagination, et il est inutile de parler ici d'excitations centripètes qui, passant par le cerveau, y deviennent centrifuges. C'est une manière trop simple d'expliquer l'action des représentations mentales.

Sans doute la suggestion intervient dans ces traitements quand ils ont un effet aussi immédiat que ceux que j'ai relatés ; on ne dresse pas l'intestin en un jour.

Mais le phénomène psychique qui amène la guérison est certainement complexe et il vaut la peine de l'analyser. Il y a des cas où, par la suggestion brutale ou la persuasion rationnelle, on ne fait que supprimer une *idée fixe* de constipation ; dans sa crainte d'être constipé, le

malade recourt journellement à des moyens artificiels.

M. de T. est un vieillard égoïste et hypocondre qui souffre de continuelles douleurs dans le rectum. Depuis vingt ans il prend tous les jours son lavement ; il n'a jamais osé essayer de s'en passer.

Dans une consultation je dis à mon confrère : nous ne délivrerons jamais ce malade de son algie rectale (il n'y avait aucune lésion constatable) si nous ne réussissons pas à détourner son attention de son rectum. Il faut donc lui faire cesser les lavements.

— Voilà vingt ans que je m'y emploie, me répond le médecin du malade, je serais bien étonné si vous réussissiez.

Nous revenons auprès du malade et je lui démontre la nécessité de cesser ces lavements qui ne peuvent qu'irriter l'intestin et entretenir la douleur.

Il m'oppose aussitôt une fin de non recevoir. L'angoisse se peint sur son visage à cette proposition ; il me déclare qu'un seul jour de constipation suffirait pour le plonger dans la mélancolie, l'amener au suicide !

En présence de ces craintes j'ai l'air de ne pas insister, ne voulant pas encourir la responsabilité d'avoir été cause de sa mort. Mais, d'un air détaché et comme si je ne m'adressais qu'à mon confrère, j'exprime l'idée que des lavements pris tous les jours ne doivent pas être toujours sans danger. C'est une irritation chronique par l'introduction d'une canule, par le contact de l'eau avec la muqueuse. Or on sait que les cancers naissent volontiers dans les muqueuses qui sont sujettes à des irritations mécaniques ou chimiques !

A ces mots le malade devient inquiet, il se voit déjà atteint de cancer. Il consent à faire l'essai d'aller à la selle avant le lavement, à se priver de celui-ci un jour. Il

réussit dès le premier jour et depuis lors n'a plus de constipation !

J'ai suivi le malade pendant quelques années ; il continua son dressage à heure fixe avec une telle pédanterie qu'il vint tout inquiet me trouver le jour où la Suisse adopta l'heure de l'Europe centrale ; il craignait que ce changement vînt dérouter ses habitudes !

J'obtins le même succès chez un homme de quarante-huit ans qui, lui aussi, prenait des lavements tous les matins. Je réussis à supprimer ses craintes de mélancolie menaçante et dès le lendemain le malade eut des selles spontanées.

Il me semble que ces malades ne sont pas de vrais constipés. Ils ont la phobie de la constipation, et par la parole on supprime ces craintes vaines.

J'attribue aussi une action réelle à la suralimentation, au régime plutôt végétarien, au verre d'eau pris à jeun, au réveil et au lever. Tout cela contribue à exciter directement les mouvements péristaltiques. Enfin, dans les cas où l'effet est obtenu lentement, on peut expliquer le résultat par les habitudes organiques dont l'intestin est aussi bien l'esclave que les autres organes.

La suggestion et la persuasion que j'opposerai toujours l'une à l'autre, quoiqu'elles produisent souvent les mêmes effets immédiats, peuvent agir aussi en supprimant des influx volontaires fâcheux. Je m'explique : le fonctionnement de nos organes splanchniques est automatique. Il en est de même de certains mouvements volontaires qui, par leur répétition fréquente, deviennent automatiques. Le virtuose ne meut pas volontairement ses doigts, il les laisse courir sur son instrument. L'acte de la déglutition s'accomplit comme un réflexe quand les aliments arrivent dans l'arrière-gorge. La miction et la défécation se font

ordinairement spontanément. Or quand, par un effort maladroit, la volonté intervient dans un acte normalement automatique, elle trouble le fonctionnement de l'organe. Le pianiste peut être arrêté dans son jeu s'il veut exécuter consciemment tel ou tel passage ; il réussit au contraire s'il laisse agir les centres réflexes. Beaucoup de personnes ne peuvent avaler des pilules ; craignant qu'elles ne pénètrent dans le larynx, elles font des efforts de déglutition volontaire si mal combinés qu'ils ramènent la pilule à l'arcade dentaire.

La crainte de ne pas pouvoir uriner amène la rétention, et là aussi la suggestion, l'encouragement suffisent à lever l'obstacle. Je le constate souvent à ma consultation. J'ai l'habitude d'examiner séance tenante l'urine de chacun de mes malades et, pour ce faire, je prie les hommes de passer dans un cabinet voisin. La réponse ordinaire est : Mais, docteur, je ne puis pas ; je viens d'uriner avant de venir chez vous.

Je réponds : cela ne fait rien, on peut uriner toutes les cinq minutes.

Le malade se résigne à essayer, mais ses efforts sont vains et je le vois rentrer dans ma chambre désappointé, me disant : décidément cela ne va pas !

Je le renvoie en lui répétant : Mais pardon, cela va toujours ! Recommencez, mais *ne pressez pas*, *laissez aller !* Ce sont là deux actions très différentes.

Dans 99 p. 100 des cas, j'obtiens le résultat voulu.

Il doit se passer quelque chose d'analogue dans l'essai voulu de défécation.

Chez l'un c'est la crainte de ne pas réussir, chez l'autre la conviction anticipée d'insuccès qui entravent la réaction physiologique. Le désir trop vif d'obtenir le résultat peut gêner l'action nerveuse ; enfin l'intervention mala-

droite, trop raide, de la volonté peut amener également l'insuccès.

Une bonne vieille qui avait déjà réussi quelquefois à obtenir un résultat me fit spontanément l'observation suivante : quand j'y mets trop de volonté, je ne réussis pas ; par contre, que je mette mes lunettes et que je lise un journal, cela va tout seul !

Ce même traitement de dressage peut être appliqué à d'autres désordres intestinaux, aux malades qui, sous des influences diverses, passent de la diarrhée à la constipation. Il donne plus difficilement, il est vrai, des résultats dans les diarrhées chroniques. Quel que soit le désordre, l'indication de créer de bonnes habitudes intestinales est formelle.

Mais c'est dans la constipation habituelle que la méthode montre sa constante efficacité. Elle agit par diverses voies : par des influences physiologiques dues à l'alimentation copieuse plus végétarienne qu'animale, à l'ingestion du verre d'eau, aux effets de l'habitude que crée l'essai fait à heure fixe ; par la suppression d'idées diverses qui produisent sur ses fonctions une action inhibitrice. — J'ai indiqué qu'il y a une psychologie du constipé plus complexe qu'on ne pense et que des représentations mentales diverses peuvent entraver le fonctionnement. La suggestion comme la persuasion supprime ces obstacles mentaux. Si j'ai tant insisté sur ce traitement, c'est tout d'abord qu'il donne constamment des résultats précieux. En même temps ces phénomènes soulèvent des questions intéressantes de psychologie physiologique. Enfin ce traitement peut servir de pierre de touche pour juger de la mentalité du médecin qui l'applique, de ses aptitudes thérapeutiques, et j'oserai dire au médecin qui ne réussit pas à guérir, par ces moyens, la plupart des cas de con-

stipation habituelle : Vous ne me paraissez pas avoir les qualités nécessaires pour l'exercice de l'art de guérir. En tous cas, ne faites ni de l'hypnose ni de la suggestion à l'état de veille ; ne songez pas à la psychothérapie, car vous n'avez ni l'autorité suggestive qui fait les thaumaturges, ni le don de persuasion qui restera toujours la qualité maîtresse du médecin praticien.

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

Troubles de la circulation. — Tachycardie émotive. — Symptômes basedowiens. — Tachycardie permanente ; son existence chez les tuberculeux. — Arythmie ; intermittences ; souffles accidentels. — Suppression des troubles cardiaques par la psychothérapie. — Dyspnée nerveuse ; toux convulsive ; bégaiement. — Aphonie nerveuse ou hystérique ; mutisme.

La circulation est souvent troublée dans les psychonévroses. Tantôt ce sont des palpitations, des troubles cardiaques, tantôt des phénomènes de contraction et de dilatation vasculaire. L'apparition de ces désordres n'a rien qui étonne quand on songe que la pâleur, la rougeur traduisent nos sentiments de honte, de crainte. Le cœur participe si constamment à tous nos mouvements émotionnels que la langue vulgaire considère le cœur comme le siège des sentiments, laissant au cerveau le rôle plus froid de la pensée raisonnante.

Ce qu'on observe le plus souvent chez les nerveux, c'est la *tachycardie émotive*. Les malades n'acceptent pas toujours cet adjectif parce qu'ils ne voient pas clairement l'émotion qui a accéléré les battements du cœur. Mais il est facile de les surprendre en flagrant délit et de leur montrer que presque toujours quelque phénomène psychique conscient ou subconscient a déterminé le trouble cardiaque.

Chez beaucoup de neurasthéniques et d'hystériques on surprend tout d'abord la variabilité du rythme.

Au moment où vous abordez le malade vous trouvez le pouls fréquent. Parfois il est normal au début mais s'accélère dès qu'on le compte ; un bruit soudain, une question qui intimide le malade, suffisent pour faire galoper le cœur. Les recherches cardiographiques ont montré que ces variations sont saisissables chez l'homme sain ; mais la facilité avec laquelle elles s'établissent donne la mesure de l'émotivité du sujet, qui se manifeste aussi par la timidité, la facilité à rougir.

Chez d'autres malades, la tachycardie est permanente et semble plus indépendante de la vie de l'âme. On se croirait en face d'une maladie de Basedow, fruste, sans goitre, sans exophtalmie. Souvent le regard est un peu fixe, l'œil est brillant, inquiet. L'analogie est évidente et elle n'a rien qui doive étonner. Malgré les recherches modernes qui attribuent la plupart des symptômes du goitre exophtalmique à l'hypersécrétion thyroïdienne, malgré les succès évidents de certaines interventions chirurgicales, il n'en est pas moins vrai qu'il s'agit là d'une maladie nerveuse. On surprend chez les Basedowiens les stigmates mentaux des névrosés, particulièrement l'émotivité exagérée et, en scrutant le passé des malades, on constate que ce nervosisme a existé chez eux bien avant le début de la maladie. On retrouve chez eux l'hérédité névropathique. Enfin on voit survenir la maladie de Basedow sous une forme aiguë, souvent mortelle, sous la seule influence d'une émotion. J'ai perdu en quelques jours deux clientes chez lesquelles la maladie s'était déclarée le jour de la mort de leur mari.

Les formes de tachycardie permanente des névrosés semblent dues aussi à une cause organique, peut-être à

une auto-intoxication, secondaire à l'état psychique. Le pronostic est moins favorable que celui des palpitations passagères succédant à un mouvement émotionnel. Nous sommes toujours plus désarmés quand nous ne pouvons déceler l'origine du trouble fonctionnel.

On observe souvent cette tachycardie soit isolée, soit accompagnée d'un état de psychonévrose, d'agitation, au début de certaines tuberculoses. Il est probable que l'atteinte portée à la santé physique détermine chez des sujets prédisposés l'éclosion du nervosisme. Quand vous avez affaire à un nerveux agité qui, en l'absence de toute fièvre, a les pommettes rouges, une tachycardie permanente, de la dyspnée, et qui a maigri rapidement, soyez sur vos gardes ! Il y a peut-être anguille sous roche et souvent l'auscultation vous révélera une tuberculisation commençante.

Il y a cependant des cas où la tachycardie permanente reconnaît une cause psychique. Ce sont des malades qui ne s'émeuvent pas à propos d'un fait précis, mais qui vivent dans un état continuel d'inquiétude, dans une angoisse d'expectation, sans pouvoir analyser leurs craintes. L'état d'âme étant continuellement celui de l'agitation, la tachycardie émotive devient permanente et il devient fort difficile d'en supprimer la cause et d'entreprendre un traitement promptement efficace.

L'arythmie cardiaque peut se manifester non seulement par des variations dans la fréquence ou la tension du pouls, mais aussi par des intermittences. Tantôt elles sont régulières, survenant après 3, 4, 5 pulsations, tantôt elles n'apparaissent qu'à de longs intervalles sous la forme de faux pas du cœur. J'ai conservé quelques doutes sur la nature nerveuse de ces intermittences. Je n'oserais affirmer qu'elles ne sont pas dues à des lésions cardiaques

ou à des intoxications. Si le malade est arrivé à l'âge de l'artériosclérose, si c'est un ancien syphilitique, il faut être réservé dans son jugement.

Je m'exprimerai de la même façon dubitative au sujet de ces souffles doux qu'on entend à la pointe, sur le ventricule ou à la pulmonaire, et qu'on désigne sous le nom de souffles accidentels. Nous ne sommes nullement fixés sur le mécanisme de leur production. Je dois dire cependant que j'ai observé ces divers troubles dans les psychonévroses sans voir survenir plus tard des phénomènes de stase. J'ai pu, dans quelques cas, constater la guérison après une cure qui avait amélioré l'état nerveux. C'est ici que le repos au lit dans une cure d'isolement peut agir directement sur ces troubles fonctionnels.

Quelle est la conduite à tenir vis-à-vis de ces troubles cardiaques nerveux ?

Il faut tout d'abord examiner son malade. Cela va de soi, direz-vous. Oui, cela va de soi, et pourtant cela ne se fait pas toujours. Il ne suffit pas, en effet, d'appliquer négligemment son oreille, à travers les habits, sur la poitrine du malade, comme font tant de praticiens. Il faut faire un examen complet par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation minutieuse. Il faut reconnaître l'état du foie, du poumon, analyser l'urine, tâter le pouls non seulement pour le compter, mais pour apprécier sa tension, ses caractères ; il faut noter les moindres symptômes de stase.

Il faut que cet examen soit assez complet, assez sûr pour qu'on ose être affirmatif, qu'on puisse en toute conscience déclarer au malade qu'il n'a pas d'affection du cœur, que ses palpitations sont nerveuses. Vous pouvez par ce simple moyen couper court d'un jour à l'autre à des troubles cardiaques qui ont résisté pendant

des mois et des années aux médications les plus diverses.

En voici un exemple :

Mme R. est une jeune femme de vingt-six ans qui semble jouir d'une bonne santé. Elle est un peu amaigrie, mais avant tout elle présente les symptômes évidents d'une émotivité exagérée. Elle semble inquiète, désolée de se voir à l'étranger, condamnée à une cure d'isolement que son médecin lui conseille.

Depuis quatre mois elle vit dans un état de nervosisme qui est devenu insupportable pour les siens. Toutes les nuits elle se réveille en sursaut ; elle est prise de battements de cœur accompagnés de la sensation terrifiante de la syncope prochaine. Son mari est obligé de se lever toutes les nuits, de lui administrer des médicaments. Le médecin du village est appelé et s'efforce, mais en vain, de calmer la malade.

On consulte dans une ville ; le médecin diagnostique un état de grande hystérie et, se reconnaissant incapable d'agir sur la malade, me l'envoie.

Le mari me raconte tout cela et me dit : ma femme a une telle peur de la mort, qu'on peut à peine prononcer devant elle ce mot fatal. Et en effet, la malade fond en larmes aussitôt et s'écrie : Oh oui, s'il faut mourir, j'aime mieux mourir tout de suite !

J'eus vraiment quelque peine à me décider à prendre en traitement cette malade douée d'une aussi puérile mentalité. Prévoyant qu'elle ne pourrait se soumettre aux conditions d'isolement, je priai le mari de rester en ville, pensant qu'elle ne tiendrait pas un jour et repartirait avec lui. Il n'en fut rien. La malade s'installa bravement. Je l'examinai à fond et pus lui dire : — Madame, vous êtes en bonne santé, jeune, vigoureuse. Votre constitution

est excellente. Les battements de cœur que vous avez sont nerveux. Il n'y a pas de symptômes d'une maladie de cœur. Quelle que soit la rapidité de vos pulsations, il n'y aura jamais aucun danger. C'est la peur qui vous met dans cet état. Croyez-moi : si vous pouviez perdre la crainte, tous ces troubles cesseraient immédiatement. N'oubliez pas que rien ne fait battre le cœur comme l'émotion de la crainte. Supposez que vous vous réveillez avec des battements de cœur ; ils sont nés, peut-être, dans un rêve émotionnant, oublié du reste ; ou bien ils sont dus à l'action du café, du thé, que sais-je ? Si, ébranlée par cette constatation, vous prenez peur, si vous pensez à la possibilité d'une issue funeste, vous créez un état émotionnel. Or, comme l'émotion fait battre le cœur, le pouls qui battait à cent, va s'élever à cent vingt. A ce chiffre l'angoisse augmente et l'émotion paraît plus justifiée encore. Alors le pouls atteint cent quarante. Au contraire, si, persuadée que vous n'avez rien, vous renoncez à vos craintes, le pouls va se ralentir.

Le lendemain je trouve la malade très vaillante ; elle a bien dormi et je puis me faire l'illusion d'avoir, par une conversation, coupé court à tous les accidents. Mais la conclusion est prématurée et je surprends chez la malade une idée préconçue. Elle m'explique son bien-être de ces deux jours par le fait qu'elle a ses règles ; car elle sait que les palpitations cessent toujours chez elle pendant l'époque menstruelle, pour reparaître à coup sûr au moment où cesse l'écoulement.

Je combats cette autosuggestion en lui disant : je veux bien que la coïncidence ait été régulière et que votre observation soit juste. Mais, de grâce, rompez-moi cette relation de cause à effet si désastreuse. Aussi longtemps que vous croirez à cette succession nécessaire des phéno-

mènes, aussi longtemps que vers la fin de vos époques vous *attendrez* les battements de cœur, ils se produiront.

Ne tenez aucun compte des constatations antérieures, si logiques qu'elles vous paraissent. Tenez-vous-en à ce simple syllogisme : Je suis jeune, forte et saine ; je n'ai pas de maladie de cœur, aucune affection organique ; je ne puis pas mourir de cela ! Alors votre cœur cessera de battre trop vite, l'angoisse disparaîtra et vous dormirez comme un enfant.

Ainsi fut dit, ainsi fut fait. Pendant un mois d'observations je ne pus surprendre chez elle aucun trouble cardiaque. Ce n'est pas que les palpitations eussent complètement cessé. Parfois la nuit la malade se réveillait angoissée et reprise des battements de cœur qui mettaient autrefois sur pied, chaque nuit, le mari et le médecin. Mais jamais il ne lui vint à l'idée de sonner la sœur de service. J'ai eu quelques battements de cœur cette nuit, me disait-elle en souriant, mais je m'en suis vite débarrassée. Je me suis rappelé ce que vous m'avez dit : que je n'ai pas de maladie de cœur, qu'on ne meurt pas de battements de cœur nerveux. Je me suis tranquillisée, et me retournant de l'autre côté, je me suis endormie.

J'ai appris plus tard que la guérison s'est maintenue. La malade ne me signale qu'un reste d'émotivité en face des menus soucis de la vie.

Les cas de ce genre ne sont pas rares ; je vois toutes les années plusieurs personnes qui ont longtemps souffert de palpitations et qui les perdent après une ou deux conversations. Il en est qui restent encore sujettes à la tachycardie mais qui n'en souffrent plus, parce qu'elles ont appris à ne pas s'en inquiéter. Mais il y a aussi des neurasthéniques plus rebelles qui comprennent tout ce qu'on leur dit, l'acceptent, éprouvent même un sou-

lagement de quelques heures, de quelques jours, mais retombent dans les phobies, qui ramènent les palpitations.

Alors il faut redoubler de patience, revenir toujours sur le même sujet, marteler dans la tête du malade l'idée de l'innocuité complète de ces troubles cardiaques. Il faut le convaincre par le récit de cas antérieurs, de cures réussies ; il faut lui exposer une théorie claire de l'émotion et précisément insister sur l'origine purement psychique de ces phénomènes. Il y a même des cas incurables. Il devient impossible de tranquilliser le malade ou bien, après une amélioration plus ou moins longue, celui-ci retombe dans ses phobies. Le mal évolue vers l'hypocondrie grave.

Les malades ont la tendance de voir dans l'émotion un phénomène physique et j'en entends me dire : Mais, docteur, je ne puis pourtant pas m'empêcher d'avoir des battements de cœur quand la présence de telle ou telle personne, l'annonce de tel ou tel événement m'impressionne ?

— Vous avez raison, répondrai-je ; vous ne pouvez pas plus retenir un mouvement émotionnel commencé que vous ne pouvez arrêter le courant électrique quand vous avez fermé le circuit en pressant sur le bouton d'appel. Mais il y aurait un bon moyen d'empêcher la sonnerie de se mettre en branle, c'est de ne pas toucher le bouton. Apprenez à réfréner par une saine confiance en vous-même la timidité qui vous fait battre le cœur ; efforcez-vous de supporter les contrariétés avec un stoïcisme facile. Alors vous garderez le calme de l'esprit et votre cœur restera tranquille.

Je ne donne jamais de médicaments dans ces cas de tachycardie, tout au plus quelquefois, pour faciliter la tâche, un peu de bromure de potassium. En général la digi-

tale, le strophantus, réussissent aussi peu dans la tachycardie nerveuse que dans celle de la maladie de Basedow.

Les médicaments ne sont pas seulement inutiles, ils sont dangereux. S'il y a des cas où la prescription agit favorablement par suggestion, il en est d'autres plus nombreux où l'emploi d'un remède, même du plus anodin, donne au mal le cachet de réalité qu'il ne devrait précisément pas avoir dans l'esprit du malade. Il réveille l'idée d'une affection organique alors que la première préoccupation du médecin doit être de dissiper chez le malade toute crainte, toute idée de danger. Le médecin qui est sûr de son diagnostic de tachycardie nerveuse doit pouvoir la guérir par la psychothérapie pure.

Il en est de même dans la *dyspnée nerveuse*. On remarque très souvent chez les névrosés des troubles de la respiration : légère accélération du mouvement respiratoire, irrégularités du rythme, soupirs. Beaucoup se plaignent d'une sensation purement subjective d'angoisse, mais ces symptômes passent presque inaperçus au milieu des désordres fonctionnels plus graves.

Il y a cependant des cas où une dyspnée réelle, provoquant des respirations fréquentes, 40, 50, 60 par minute, semble constituer, soit par moments, soit pendant de longues périodes, le symptôme prédominant du nervosisme.

L'indication reste la même que dans la tachycardie : il faut tranquilliser le malade, lui faire oublier sa dyspnée. Il suffit souvent de quelques affirmations corroborées par la tenue du médecin vis-à-vis du malade.

M. X. est un jeune homme de dix-sept ans qui a souffert de rhumatismes et qui depuis longtemps présente des symptômes hystériformes mélangés de phobies, d'impulsions morbides parfois inquiétantes. Il a peur de se jeter

par la fenêtre, arrache les poils de sa barbe naissante, sous prétexte que ce n'est pas beau. Un jour même il a déliré et, se croyant roi, il s'est assis sur un fauteuil, son trône, et a posé ses pieds augustes sur un coussin rouge ! On a coutume de faire rentrer dans le groupe des folies de la dégénérescence ces obsessions délirantes. Cependant mon malade va très bien depuis des années ; il est guéri aussi bien qu'un vulgaire neurasthénique.

J'avais déjà observé chez ce malade quelques phénomènes dyspnéiques quand un jour on vint m'appeler dans une chambre voisine. La sœur avait brusquement ouvert la porte ainsi que celle du malade et tout éperdue me dit :

— Venez vite, ce monsieur a tant de peine à respirer !

— Bien, répondis-je tranquillement ; je viendrai sitôt que j'aurai fini ma visite à madame ; et je continuai ma conversation. Je l'écourtai cependant quelque peu, puis, allant dans la chambre de mon jeune homme, je me gardai bien de me précipiter à son secours. J'allai placidement à l'autre bout de la chambre, j'y pris un siège, je le portai vers le lit du malade, je l'y calai solidement sur le tapis ; je relevai avec un soin particulier les basques de ma redingote et avec le plus grand calme je demandai ce qui s'était passé.

Le malade était déjà tranquillisé, car il avait pleine confiance en moi ; il savait que je m'intéressais à lui, et ma tenue tranquille lui suggérait une idée bienfaisante ; elle lui donnait l'assurance qu'il n'était nullement à l'article de la mort.

J'auscultai, je tâtai le pouls. Je lui affirmai qu'il n'y avait aucun danger, qu'il pouvait se coucher sans crainte. Je lui fis une petite conférence médicale lui montrant que la dyspnée vraie des cardiaques, des emphysémateux, des

brightiques, exige souvent la position assise, qu'il avait prise, mais que cette attitude n'a aucun but dans la dyspnée d'origine psychique.

Au bout de quelques minutes mon malade respirait comme tout le monde et dès lors je n'eus jamais à m'occuper de ce symptôme.

Une année plus tard environ il fut repris à la maison de symptômes dyspnéiques. Le médecin appelé parla de congestion pulmonaire, mot qui effraya grandement le malade ; il lui prescrivit des topiques et des calmants. L'état ne fit que s'aggraver, si bien que le malade vint me voir. Un examen complet du cœur et du poumon me fit admettre à coup sûr la dyspnée nerveuse. Je dissipai toutes ses craintes par la persuasion, et la guérison fut définitive.

Avant que j'eusse reconnu l'efficacité de cette thérapeutique psychique, — c'était pendant mon internat, — j'avais coupé court à une dyspnée de ce genre par quelques doses de bromure.

Il s'agissait d'une jeune fille de dix-neuf ans qui respirait toujours, à l'état de veille, au rythme de 56 respirations à la minute. Les examens les plus consciencieux ne purent faire découvrir une lésion quelconque ; il n'y avait en outre aucun stigmate d'hystérie. Cette dyspnée persista pendant des semaines sans toux, sans expectoration et ne céda ni au repos au lit, ni aux calmants successivement essayés. La mòrphine en particulier n'eut aucun effet. Quelques cuillerées à bouche d'une solution de bromure à 10 p. 100 eurent raison définitivement de cette étrange polypnée. Aujourd'hui je soupçonne la suggestion d'avoir amené ce succès.

La *toux nerveuse* continuelle, quinteuse, aboyante, cède souvent à l'emploi du bromure dont l'indication est au

moins rationnelle. Mais je constate souvent que la suggestion suffit. L'exemple suivant le montre.

Mlle G. est une forte personne de dix-huit ans, qui est en pension dans une petite ville voisine. Elle s'y trouve bien et préfère la vie avec ses amies au séjour dans le milieu familial qui ne lui convient pas. C'est à contrecœur qu'elle s'est laissé ramener au logis et qu'elle me consulte ; aussi sa première question après l'examen est-elle : quand pourrai-je retourner à ma pension ?

Saisissant l'importance qu'il y avait à profiter de cet état d'âme, je réponds : Eh, mademoiselle, je ne sais pas. Aussi longtemps que vous toussez d'une façon aussi convulsive, vous ne pouvez pas y retourner. Je le regrette, mais cette toux trouble les leçons auxquelles vous assistez, fatigue vos maîtres, et de plus il y a pour vos amies danger de contagion nerveuse. Restez chez votre mère, buvez un peu d'eau d'Ems et nous verrons ! — Je fus moi-même étonné quand je vis cette toux cesser du soir au matin, alors qu'elle avait duré des semaines auparavant. La malade regagna sa pension deux jours plus tard.

Dans bien des cas il n'est pas facile de trouver le joint, c'est-à-dire de surprendre des situations psychologiques favorables, et si on ne veut pas recourir à l'hypnose, on réussit le plus souvent avec des préparations qui calment la toux ; je donne de préférence le bromure comme médicament inoffensif, mais plus j'avance dans la carrière, plus je cherche à trouver dans la vie mentale du sujet l'origine de la toux convulsive, à découvrir les obstacles mentaux qui s'opposent à la guérison. J'ai vu beaucoup de malades dont les symptômes hystériformes, parmi lesquels la toux, n'étaient dus qu'à des influences morales pénibles, résultant de frottements dans la famille. Il m'a souvent été possible d'amener la guérison en éloignant le

malade du milieu familial, d'autres fois en lui montrant la valeur de l'esprit de support. C'est toujours en étudiant la mentalité du sujet, sa façon de sentir, de réagir, qu'on arrive à déceler les causes du mal et à le combattre.

Je n'hésite pas à reconnaître une origine psychique à certaines formes d'asthme survenant chez de jeunes sujets toutes les fois qu'ils sont soumis aux mêmes influences de lieu, d'habitation, de constitution météorologique. J'ai réussi souvent à guérir cet asthme nerveux en supprimant les autosuggestions qui en assuraient le retour.

La même étude psychologique est nécessaire dans certaines formes de bégaiement émotif, dans lesquels la phonation est troublée par des irrégularités de la respiration.

Il me reste à parler d'un trouble de l'appareil respitoire, de l'*aphonie nerveuse*. C'est un symptôme d'hystérie, un des plus caractéristiques, mais j'ai dit combien je tiens peu à ces dénominations. On observe cette aphonie aussi bien dans le mutisme hystérique chez des personnes qui n'ont jamais présenté d'autres symptômes de la grande névrose et qui en seront indemnes le reste de leur vie.

L'aphonie, comme le mutisme subit, résulte toujours d'une autosuggestion d'impuissance, soit qu'elle succède à un mouvement de timidité conscient ou subconscient, soit qu'elle ait pour point de départ un trouble fortuit de la phonation. L'enrouement occasionné par le froid, par l'inhalation de gaz ou de poussières, suffit pour faire naître la représentation mentale de l'impuissance.

Il n'est pas toujours possible de suivre dans chaque cas les associations d'idées qui ont amené l'aphonie ou le mutisme, mais le mode même de guérison de ces troubles démontre leur origine psychique.

Tous les médecins peuvent arriver à guérir ces malades et tous les moyens sont bons s'ils suggèrent la conviction de la guérison. Tout a été employé dans ce but : les douches, la cure d'air, les bains. On a électrisé le larynx à travers la peau ou en portant l'électrode sur les cordes vocales. La faradisation réussit aussi bien que l'application des aigrettes ou des étincelles statiques. On a suggéré la guérison par les exercices de phonation, la gymnastique respiratoire. A Lyon, dans la clinique laryngologique, on comprime subitement le thorax pendant l'effort de phonation que fait le malade. Un son est produit par cette brusque expiration ; le malade croit pouvoir parler et parle.

J'ai vu l'aphonie cesser subitement sous l'influence d'une suggestion médicamenteuse. Une jeune fille de quinze ans, qui a eu autrefois du mutisme hystérique, est prise d'aphonie. Elle en est d'autant plus effrayée qu'elle doit assister le lendemain à une cérémonie religieuse où elle doit répondre. Je lui affirme que ce n'est rien, que cela passera, qu'elle pourra parler demain. J'aurais pu, je crois, me contenter de cette assurance suggestive, mais pris d'une timidité, je réfléchis que c'est vraiment beaucoup exiger de la crédulité de la malade que de prédire ainsi la guérison à heure fixe et, à tort à mon avis, j'élève la suggestion en prescrivant une pilule d'antipyrine. Dix minutes après l'avoir prise la jeune fille parlait. Elle n'a plus jamais souffert d'aphonie et n'a jamais eu d'autres symptômes nerveux. Quand j'ai revu la malade plus tard, je n'ai pas craint de lui dévoiler le secret et de lui faire remarquer que ce qui l'avait guérie ce n'était pas l'antipyrine, mais l'idée qu'elle allait guérir. L'intelligente jeune fille, qui est actuellement cantatrice, a très bien su voir l'avantage qu'il y a à saisir le mécanisme de la guérison

et je la crois plus immunisée contre l'aphonie par cette connaissance que si elle avait continué à se fier aux vertus de l'antipyrine.

Dans un cas d'aphonie persistant depuis six mois, j'ai intentionnellement usé d'un procédé de suggestion négative qui consiste à ignorer l'aphonie, à ne pas s'en occuper. La malade avait toute la kyrielle des troubles fonctionnels : insomnies, diarrhées, douleurs dans les jambes.

A la visite, la malade disait de sa voix totalement aphone : Docteur, je ne puis toujours pas parler !

Je ne répondais ni par un oui, ni par un non, j'avais l'air de n'avoir pas entendu et immédiatement je la questionnais sur tous les autres symptômes. Je cherchais ainsi à lui faire oublier son mal. Cela réussit si bien que deux jours après elle parlait à haute voix. Trois semaines plus tard elle réfléchissait à sa guérison et se faisait une de ces autosuggestions familières aux nerveuses : Docteur, me dit-elle, je crois que c'est le chaud du lit qui m'a guérie de l'aphonie ; je crains bien qu'elle ne revienne quand je sortirai, surtout s'il fait froid.

Alors je changeai subitement de ton : Oui, lui dis-je, vous l'aurez votre aphonie. Du moment que vous vous la suggérez par avance, vous l'aurez et vous la garderez tant que vous voudrez ! Mais je puis vous dire aussi : Si vous voulez bien vous mettre en tête l'idée contraire, c'est-à-dire repousser l'idée d'une récidive, vous serez guérie. Choisissez !

La malade sortit guérie et ne récidiva pas, malgré le froid intense qui régnait alors.

Depuis lors j'ai pris le parti, chez toutes les hystériques aphones, de négliger l'aphonie comme j'oublie leur hémianesthésie. J'attire toute leur attention sur les autres

troubles, du reste plus pénibles pour elles, et j'attends patiemment que la voix revienne. Je n'ai jamais attendu longtemps.

C'est pourquoi je ne songe pas à recourir à l'hypnose, à la suggestion verbale pure, qui permettrait souvent d'obtenir une guérison plus rapide, mais non plus sûre. Dans la plupart des cas on peut attendre.

J'ai montré que dans cette influence exercée sur les malades atteints de troubles fonctionnels divers de l'appareil digestif, du cœur et de l'appareil respiratoire, il y a une part de suggestion. Faire naître chez le malade la conviction de la guérison est l'indication primordiale. Il m'est impossible d'empêcher toujours le malade d'arriver à cette conviction par la foi aveugle ; mais la faute, si faute il y a, en est imputable au sujet. Personnellement je tiens à ce que mes affirmations soient fondées rationnellement ; je ne transmets au malade qu'une conviction que j'assieds sur mes vues psychologiques ou physiologiques. Je tiens à faire suivre au malade les mêmes voies, à l'éclairer, à lui faire connaître aussi nettement que possible l'influence des représentations mentales sur le fonctionnement organique.

Les hypnotiseurs agissent de même quand parfois ils ne craignent pas de faire la théorie de la suggestion. Mais ils ne le font pas toujours et maintiennent souvent les malades dans une dépendance telle que ceux-ci en sont effrayés. Il en est, et des plus intelligents, qui disent à leur suggestionneur : Je ne sais pas ce que vous avez en vous, mais vous exercez sur moi une domination qui me trouble. J'ai le sentiment que vous pourriez me faire faire tout ce que vous voulez !

Je ne me suis jamais vu attribuer ce pouvoir magique. Par contre, j'entends dire : vous m'avez fait comprendre

ce qui se passe, vous m'avez montré comment je suis devenu malade et comment je peux guérir. Maintenant que vous me l'avez dit, il me semble que c'est tout simple et je suis un peu étonné de ne pas l'avoir trouvé tout seul.

C'est là l'unique secret d'une psychothérapie rationnelle. Expliquer avec patience et douceur, en variant ses discours suivant les facultés de l'interlocuteur ; lui faire comprendre les choses, exercer ses facultés logiques afin qu'il trouve lui-même le chemin de la vérité.

Je ne puis donc pas bannir de mes traitements toute influence suggestive, mais je n'ai pas besoin pour l'exercer de mettre mon malade dans un fauteuil, de le plier sous le joug en lui dictant un sommeil plus ou moins profond, en lui mettant un bras en catalepsie. Je ne cherche pas à le plonger dans une atmosphère d'hypnotisme en le recevant dans une salle à tapis moelleux, éclairée d'un jour discret, et à l'impressionner favorablement par la vue d'autres personnes endormies.

Si bien intentionnées qu'elles soient, ces pratiques ont un côté charlatanesque. Préoccupé avant tout du bien des malades, je les adopterais si elles étaient nécessaires. J'ai pu m'en passer après les avoir employées en connaissance de cause et je suis heureux de les avoir abandonnées.

VINGT-CINQUIÈME LEÇON

Troubles des fonctions urinaires. — Rétention ; phobies. — Incontinence nocturne. — Polyurie. — Pollakiurie. — Modifications qualificatives de l'urine. — Troubles de la vie sexuelle ; leur fréquence dans les psychonévroses. — Psychopathia sexualis. — Onanisme, excès ; leur influence physique et psychique. — Menstruation ; psychoses menstruelles. — Nervosisme de la ménopause ; âge critique. — Possibilité de l'intervention psychothérapique dans ces divers états.

L'appareil urinaire n'est pas épargné dans les psychonévroses et l'on peut observer la rétention d'urine, l'incontinence, la polyurie et la pollakiurie. La vessie et les reins peuvent être le siège d'algies diverses.

La rétention de l'urine est fréquente chez les hystériques. Il est probable qu'à un certain degré la distension de l'organe amène une vraie paralysie, si bien que l'évacuation devient impossible. La vessie peut alors contenir plusieurs litres et il est nécessaire de recourir à la sonde ; souvent on réussit aussi par l'expression manuelle en comprimant la vessie avec une certaine force et pendant un temps assez prolongé. Mais cet état parétique n'est pas primaire et l'origine de la rétention doit être cherchée dans la mentalité du sujet. Comme dans l'aphonie, comme dans l'astasie-abasie, il y a ici avant tout une *conviction d'impuissance*. Il est le plus souvent impossible de débrouiller l'écheveau des représentations mentales, d'assigner à ce trouble de la miction une cause psychique

précise. Cependant parfois on la trouvera dans des sentiments de gêne, de timidité ; d'autres fois on reconnaît l'influence de l'attention portée sur les organes sexuels, de l'onanisme, des pensées libidineuses. Sur ces bases naissent des phobies, des scrupules, exagérés par la lecture des livres de médecine populaire. Mais en somme chez l'hystérique le secret de l'impuissance échappe aussi bien au malade qu'au médecin.

Il est plus facile de faire cette étude chez les sujets neurasthéniques, chez les hommes qui consentent à se confesser.

J'observe très souvent les troubles de la miction, qu'on a désignés, pas très heureusement à mon avis, sous le nom de bégaiement urinaire. Chez des jeunes gens de quinze à vingt-cinq ans, on constate l'impossibilité d'uriner aussitôt qu'ils sont intimidés. J'ai déjà signalé cette difficulté chez la plupart des hommes que l'on invite à uriner séance tenante. Si on encourage le sujet et qu'on le laisse seul, on arrive facilement à vaincre cette impuissance toute mentale. Chez des névrosés émotifs, la miction devient impossible si elle doit avoir lieu en présence d'un tiers ; on voit dans les hôpitaux des malades incapables d'uriner dans la salle commune.

Beaucoup de mes neurasthéniques ne peuvent uriner dans les kiosques destinés à cet usage. Il en est qui réussissent si par hasard ils sont seuls, quoique la crainte de voir entrer quelqu'un suffise à les paralyser.

Ces jeunes gens sont ordinairement des timides ; ils sont parfois moralement chastes, pudiques à l'excès, mais, souvent très dévergondés par la pensée, ils ne sont vertueux que par excès de timidité vis-à-vis des femmes. Il en est qui, vivant dans un continuel éréthisme érotique, s'adonnent à la masturbation. Ils ont lu des brochures

sur les conséquences de ce vice ou s'imaginent qu'on lit leurs pensées sur leur front. Ces préoccupations viennent troubler le mécanisme de la miction. Un de mes malades avait lu que l'onanisme peut amener des rétrécissements et connaissait le jet en vrille des malades atteints de cette affection. En urinant il portait son attention sur la forme du jet ; il était persuadé que ses voisins l'observaient ; il surprenait leur malin sourire et la miction devenait impossible.

Les moqueries de camarades d'école ont souvent provoqué des troubles de ce genre chez de très jeunes garçons, mais ils se montrent plus souvent vers la puberté, au moment où le jeune homme devient conscient du double rôle urinaire et génital de ses organes.

Il est évident que le traitement de ces phobies ne peut être que psychothérapique. Il consiste à rendre au malade la confiance en lui-même. Le médecin doit se faire l'ami de son malade, lui parler en camarade, lui faire comprendre que l'obstacle est purement mental ; mais les praticiens n'y songent pas toujours ; ils cherchent la cause dans les organes génito-urinaires, recommandent des douches périnéales, passent des sondes réfrigérantes, électrisent la vessie.

Cette manière de procéder est désastreuse ; elle fausse l'esprit du malade et le rend hypocondriaque.

D'autres médecins, figés dans des idées de péché originel, font un crime au malade de ses préoccupations libidineuses, lui décrivent en les exagérant les conséquences de l'onanisme et créent chez ces malheureux une vraie manie de scrupules.

Il y a des malades chez lesquels on arrive vite, en une conversation, à dissiper ces timidités, ces phobies, et toute la série des symptômes neurasthéniques et hypocon-

driaques, mais il y a des cas rebelles. Le succès dépend à la fois de la mentalité plus ou moins ferme du sujet et de la patience que met le médecin à poursuivre son œuvre psychothérapique, de la logique qu'il met dans le choix des moyens. Je ne puis assez répéter que faire un traitement local, c'est compromettre le résultat.

L'incontinence, surtout nocturne, est la règle dans la première enfance, et les mères savent la combattre efficacement par l'éducation. Cette incontinence persiste chez les sujets nerveux, déséquilibrés, et constitue une vraie infirmité parfois incurable.

Souvent cependant on réussit à la guérir, mais ce résultat s'obtient par des moyens si divers que j'ai reconnu l'influence de la suggestion bien avant que les hypnotiseurs eussent démontré l'efficacité fréquente de leurs procédés.

Dans les cas légers on arrive au but en restreignant l'alimentation liquide au repas du soir, en faisant uriner les enfants un peu tard au moment où les parents se couchent ou même en interrompant dans ce but leur sommeil au milieu de la nuit. On crée ainsi les bonnes habitudes.

L'usage des préparations belladonées, des antispasmodiques peut donner des succès, mais j'ai réussi souvent avec des médicaments quelconques comme le fer, même quand le malade n'était pas anémique, le bicarbonate de soude, l'acide chlorhydrique. D'autres emploient l'électrisation du col et, chez une fille de vingt ans, j'ai coupé court à l'incontinence par la faradisation intra-urétrale, alors que l'application externe, sur le ventre et le périnée, était restée sans résultats. Y a-t-il là une action réelle des médicaments, de l'électricité, ou la suggestion est-elle seule en jeu? Je penche vers la seconde alternative.

J'avoue que jusqu'ici je n'ai pas de vues claires sur la genèse et la nature de cette incontinence. Est-elle due à un spasme ou à une parésie ? Naît-elle en rêve sous l'influence de représentations mentales comme les pertes séminales succèdent à un songe lascif ? Dans l'ignorance où nous sommes il est difficile de faire intervenir une psychothérapie toute rationnelle, d'autant plus qu'il s'agit d'enfants.

C'est là un de ces cas exceptionnels où je ne craindrais pas de recourir à l'hypnose, quoique la tenue de thaumaturge qu'il faut prendre me répugne au point de me mettre la rougeur aux joues quand je me décide à l'employer.

Ces considérations ne s'appliquent, ai-je besoin de le dire, qu'à l'incontinence nocturne idiopathique et non à celle qui peut être symptôme, quelquefois unique, d'épilepsie.

La polyurie est fréquente chez les névrosés. Chacun connaît l'*urine spastique*, abondante et claire, qui alterne chez les dames nerveuses avec l'urine concentrée qu'entraîne l'oligurie.

J'ai observé souvent chez de simples neurasthéniques une polyurie transitoire, la quantité pouvant s'élever jusqu'à trois ou quatre litres en vingt-quatre heures. Elle m'a paru comporter un pronostic favorable et je l'ai toujours vue cesser dans le cours de la cure à la fois physique et mentale que j'applique à ces états.

Il n'en est plus de même de la polyurie persistante qu'on désigne sous le nom de diabète insipide. Les malades qui en sont atteints sont polydypsiques en même temps que polyuriques sans qu'il soit possible de dire le lien qui réunit ces deux phénomènes parallèles. Il y a évidemment là un trouble dans les fonctions de nutrition,

et le fait que des traumatismes crâniens peuvent produire cette maladie semble indiquer l'origine cérébrale du mal. Dans les cas que j'ai observés, j'ai toujours trouvé des symptômes de déséquilibre mental et même par périodes, des états franchement vésaniques. Mes efforts pour guérir cette polyurie sont restés vains.

La psychothérapie reprend ses droits dans la pollakiurie. Ce trouble accompagne généralement, mais pas nécessairement, la polyurie ; il y a des malades dont la vessie se dilate et qui peuvent rendre de grandes quantités d'urine sans que le nombre des mictions soit sensiblement augmenté.

Mais on observe la pollakiurie sans polyurie et aussitôt qu'on peut, par un examen clinique rigoureux, exclure toute affection de la vessie, de l'urine ou des reins, il faut reconnaître la nature psychique du mal et le traiter comme tel, par la parole.

M. W... est un neurasthénique de vingt-huit ans que je traite depuis quelques semaines pour des états de vertige, des maux de tête, des phobies et des crises passagères de mélancolie. Il est en bonne voie d'amélioration quand, un jour, il m'annonce avec effroi qu'il est atteint d'un trouble nouveau, qu'il est obligé d'uriner huit à dix fois dans le cours de la nuit. Quoique je puisse déjà soupçonner la nature de cette pollakiurie subite, je me garde bien de jeter à la tête du malade l'affirmation : c'est nerveux !

Je remets mon jugement et prie le malade de mesurer la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures. Elle s'élève pour le premier jour à 1 700 centimètres cubes, pour le deuxième à 1 800. Je ne trouve dans l'urine ni albumine, ni sucre, ni phosphates en excès ; elle ne contient pas d'éléments cellulaires anormaux.

Ayant ainsi bien dûment constaté l'intégrité des organes urinaires, je tiens à mon malade ce discours : Vous n'avez aucune maladie de la vessie ou des reins et, étant donnés vos antécédents et la manière dont s'est développé ce trouble, j'ai le droit de le considérer comme nerveux. La vessie humaine quand elle est saine, et la vôtre est normale, peut contenir environ 300 centimètres cubes d'urine sans qu'il en résulte un besoin impérieux d'uriner. Vous rendez par jour environ 1 800 centimètres cubes, c'est-à-dire un peu plus qu'à l'état normal en raison de la suralimentation que vous pratiquez. Or 1 800 divisé par 300 donne 6 ; vous avez donc le droit d'uriner six fois en vingt-quatre heures, soit, si vous voulez, cinq fois dans la journée et une fois la nuit !

Mais, répond le malade, vous êtes bon de me dire : Vous avez le droit ! Et quand je suis obligé d'uriner dix fois, qu'y puis-je et d'où vient ce trouble étrange ?

— Mon cher monsieur, si vous urinez si souvent, c'est que vous y pensez ! Vous avez une fois par hasard été réveillé par le besoin d'uriner et, avec votre esprit inquiet, vous vous êtes demandé ce qui se passait. Votre attention s'est portée sur ce petit désordre ; elle est devenue attention expectante. Or rien ne fait naître le besoin d'uriner comme d'y penser. Mettez-vous donc en tête qu'il n'y a là rien de maladif et vous allez uriner comme tout le monde cinq à six fois par jour !

Le lendemain mon malade me reçoit en s'écriant : ça y est ! J'ai uriné cinq fois dans la journée et une fois la nuit ; j'ai même envie de supprimer cette évacuation nocturne qui trouble mon repos !

Parfait, répondis-je, et dès lors la pollakiurie n'a jamais reparu.

Le malade m'a fourni à la fin de sa cure un exemple

bien typique de ce que peut faire la tenue morale dans les états de neurasthénie.

Il sortait depuis quelques jours et me semblait un peu timide dans ses promenades. Je crus devoir l'engager à plus d'effort et lui conseillai d'aller en ville, de visiter un musée. Il faisait très chaud ce jour-là et je ne pus m'empêcher de me demander si la marche prolongée n'amènerait pas quelques troubles nerveux. J'hésitais à rendre le malade attentif à cette possibilité, dans la crainte de lui suggérer ses malaises. D'un autre côté il me semblait imprudent de le laisser partir sans l'avoir affermi dans son maintien.

— Allez, lui dis-je, et si vous êtes repris de quelques malaises, vertiges, céphalée, tristesse, je compte sur votre vaillance pour vous mettre au-dessus de ces bobos !

— N'ayez crainte, dit-il avec assurance, je saurai passer outre !

Le lendemain je le retrouve très bien disposé et il me raconte ce qui suit :

Hier donc, selon votre conseil, j'ai été en ville et pendant la première heure, cela n'a pas été trop mal ; mais quand j'ai dû passer un pont, j'ai été repris de vertige, d'un malaise indéfinissable et il m'a fallu beaucoup de courage pour continuer. Ce fut bien pis encore quand j'entrai au musée historique. J'y fus repris de tous les troubles dont je me plaignais avant ma cure. Subitement, je me sentis veule, triste à pleurer ; ma tête se serra ; le vertige devint insupportable et j'allais sortir sans avoir visité le musée quand mes yeux tombèrent sur un drapeau qui, sur les branches d'une croix blanche, portait ces mots en lettres d'or : Honneur à la vertu, honte à la faiblesse ! Eh oui ; honte à la faiblesse, m'écriai-je, et comme par enchantement tous mes malaises se dissipèrent. J'ai

pu visiter le reste du musée, je suis revenu à pied de cette longue promenade tout dispos et fier de mon succès.

Le malade est resté guéri et n'a jamais eu l'occasion de mettre à exécution le conseil que je lui donnai alors : Si jamais vous êtes repris de ces troubles, pensez au drapeau magique et vous serez guéri !

L'année suivante, j'eus l'occasion d'observer un nouveau cas de cette pollakiurie nerveuse. Elle s'établit également d'un jour à l'autre chez un neurasthénique déjà amélioré par la cure Weir Mitchell, alors qu'il était encore au lit, jouissant du repos physique et moral. Il me suffit de lui raconter l'observation du malade que je viens de décrire pour réduire les mictions au chiffre normal.

Les modifications qualitatives de l'urine n'ont aucune importance pour le diagnostic ou le pronostic des psychonévroses ; elles ne jettent pas le moindre jour sur la pathogénie des accidents. Ces variations dans la composition chimique de l'urine sont toutes secondaires et dues aux innombrables désordres fonctionnels qui résultent de l'anorexie, de l'alimentation insuffisante ou défectueuse, parfois de la boulimie, de la diarrhée ou de la constipation.

L'inversion de la formule des phosphates n'est pas assez caractéristique pour asseoir le diagnostic d'hystérie. Elle n'est qu'un détail infime parmi les troubles fonctionnels de la grande psychonévrose.

La phosphaturie est fréquente chez les neurasthéniques et elle est souvent si marquée que l'urine sort jumenteuse de l'urètre. Je n'ai pas encore pu déterminer exactement s'il s'agit ici d'un excès réel de phosphates ou s'il n'y a qu'une précipitation anormale par suite des qualités de l'urine. Dans tous les cas que j'ai examinés, l'urine

fraîche présentait une réaction plus ou moins alcaline expliquant le dépôt phosphatique sans qu'il y eût lieu d'admettre une surabondance de phosphates. Quant aux dépôts d'urates, ils ne se forment le plus souvent que par le refroidissement d'urines concentrées et il est fâcheux que tant de médecins se basent sur ce simple fait d'un sédiment rouge pour donner encore à leurs neurasthéniques une nouvelle phobie, celle de la gravelle urique.

J'ai observé chez des neurasthéniques affaiblis, fatigués, des albuminuries légères sans cylindres, sans éléments figurés dans l'urine ; elles se sont guéries par le repos et l'alimentation réconfortante. J'ai pu surprendre aussi l'influence du surmenage surtout intellectuel sur la glycosurie alimentaire ; la qualité de sucre augmente dans les périodes de fatigue.

Mais ce sont là des conséquences dernières du nervosisme. Ces troubles du chimisme de la nutrition cèdent généralement par l'action des mesures physiques de la cure : repos ou au contraire gymnastique convenable, alimentation rationnelle. L'état moral, par le retentissement qu'il a sur le fonctionnement du corps, agit aussi sur ces désordres.

En somme l'urologie des psychonévroses n'est pas faite et elle ne le sera pas aussi longtemps qu'on se bornera à ces examens superficiels qui souvent ne portent pas même sur la quantité de vingt-quatre heures et dans lesquels on ne tient pas compte du régime du malade. Il est même probable que l'examen des urines n'aura jamais qu'une importance minime et ne décélera que les troubles secondaires. C'est jeter de la poudre aux yeux des malades que de faire faire par le pharmacien, dans les cas de nervosisme, des analyses détaillées, comme si cet examen allait nous éclairer sur la cause du mal.

Un lien plus étroit s'établit entre les psychonévroses et la vie sexuelle, et si les malades étaient moins discrets sur ce chapitre, on verrait qu'il est peu de « névrosés » chez lesquels manquent les troubles sexuels.

Déjà chez l'animal, l'orgasme vénérien a le caractère d'une crise nerveuse violente, d'un mouvement émotionnel. Dans la période du rut, l'animal change de caractère ; il subit une crise passionnelle et l'on sait combien la castration modifie la mentalité de nos animaux domestiques. Chez l'homme le fonctionnement de cet appareil est moins physiologique. Les désirs ne s'éveillent plus, à époques régulières, sous la seule influence du travail intime des organes génésiques ; ils naissent avec la plus grande facilité par la mise en jeu de l'imagination, et ce n'est pas d'aujourd'hui qu'elle est dévergondée.

Je renvoie aux ouvrages spéciaux pour la description des multiples aberrations de l'instinct sexuel qu'on a résumées sous le nom de : psychopathia sexualis. Dans le sadisme, le masochisme, la sodomie, la tribadie, les fonctions organiques peuvent être normales ; le désordre est purement psychique, moral. Nous sommes sur le terrain de la psychiatrie. Le pronostic de ces psychopathies est très défavorable. On constate chez la plupart de ces sujets une amoralité complète contre laquelle il semble vain de lutter. D'autres malades, cependant, souffrent de leur esclavage et sont plus ou moins accessibles au traitement moral. Enfin, à des degrés inférieurs, le mal s'atténue. Il semble n'être plus qu'une immoralité qui a créé à la puberté ou quelquefois à l'âge adulte, des habitudes vicieuses, et il devient facile au médecin qui sait se faire l'ami de son malade de le remettre sur le droit chemin. Sous ces formes bénignes les étrangetés abondent dans le domaine sexuel et il n'est pas facile de tracer des

limites entre l'exercice normal des fonctions sexuelles et le libertinage.

L'onanisme pratiqué avec frénésie dans l'enfance, persistant dans l'âge adulte chez des hommes mariés ou pouvant exercer les fonctions sexuelles normales, est symptôme de déséquilibre mental. Il en est de même des pollutions nocturnes qui continuent dans des conditions où le besoin est normalement satisfait. Cet éréthisme est pathologique. La fatigue qui résulte de ces excès ou des pertes nocturnes aggrave l'état mental du malade ; il y a cercle vicieux.

Par contre, l'onanisme chez l'enfant au début de la puberté est presque normal. J'ai lu quelque part qu'un médecin allemand avait fait une statistique et trouvé l'onanisme chez 99 p. 100 des garçons. Or, nos voisins d'outre-Rhin ne sont pas fanfarons de vice et ce résultat mérite considération. Il n'étonne pas si l'on songe que les désirs s'éveillent à un âge où la raison n'est pas encore formée, souvent même bien avant l'établissement de la fonction spermatique. Ces habitudes disparaissent le plus souvent chez le jeune homme, soit que, suivant la morale facile du monde, il tombe de Charybde en Scylla pour courir les femmes, ou se marie jeune, soit enfin que, mieux doué moralement, il sache renoncer à des habitudes dégoûtantes et rester chaste alors même que sa position retarderait l'époque de son mariage ou le lui interdirait.

Loin de moi la pensée de nier que des excès sexuels ou l'onanisme restent sans influence sur la santé. Rien ne débilite l'organisme comme la répétition fréquente de cette crise nerveuse. Un état neurasthénique succède à cet orage : *omne animal post coïtum triste*.

Il n'est pas rare de rencontrer des neurasthéniques

incapables de supporter ces conséquences de l'acte sexuel. Il semble épuiser le reste de leur capital nerveux.

D'autre part l'exercice modéré des fonctions sexuelles peut créer une euphorie salutaire, calmer les nerfs, même chez des malades ; il favorise le sommeil et fait parfois cesser des états d'âme pénibles, d'angoisse, d'inquiétude vague. Il y a des médecins qui en concluent que la continence est malsaine, et j'en vois conseiller à de jeunes neurasthéniques de 16 à 17 ans les rapports avec des femmes. C'est là leur traitement des psychonévroses !

La chasteté des prêtres dignes de ce nom nous montre que la continence n'a pas ces dangers, et il y a plus de neurasthéniques parmi ceux qui laissent libre cours à leur sensualité que parmi ceux qui savent, pour des raisons morales altruistes et aussi longtemps que ces motifs existent, échapper au joug de l'animalité.

Le juste respect de la pudeur féminine empêche le médecin de recueillir, sur la vie érotique des femmes, des renseignements exacts. Je suis porté à croire que, consciemment ou à leur insu, les femmes subissent plus souvent ce joug qu'elles ne le pensent et que des préoccupations libidineuses, souvent très vagues, je veux bien, jouent un rôle dans le développement de leur nervosisme.

Mais si je reconnais l'influence pathogène non seulement des excès, mais même des représentations mentales érotiques conscientes ou subconscientes, je ne saurais trop protester contre les exagérations. Il y a des médecins qui mettent un plaisir lascif à surprendre ces faiblesses, à poser à leurs malades d'indiscrètes questions. C'est surtout dans l'hystérie qu'on s'est plu à scruter la vie intime des malades. Ces médecins ne prêtent-ils pas à leurs clientes leur mentalité un peu salace ?

Beaucoup de neurasthéniques attribuent les troubles

dont ils sont atteints aux habitudes d'onanisme qu'ils ont eues dans l'enfance. Ils ont le plus souvent puisé cette idée dans les livres nombreux que publient, sur les dangers de la masturbation, des gens bien intentionnés mais maladroits ou des charlatans. C'est chez ces malades qu'on observe si souvent l'impuissance sexuelle psychique, la plus fréquente de toutes. Timorés, doutant d'eux-mêmes, ils abordent le rapprochement sexuel dans un état d'émotivité qui le rend impossible. L'éjaculation est souvent prématurée ; l'érection reste incomplète ou cesse trop tôt. On voit cette impuissance s'établir parfois tardivement chez des hommes mariés et pères de famille.

Je ne crains pas dans tous ces cas de dissiper hardiment les craintes du malade. Il faut qu'il sache passer l'éponge sur son passé et renonce à ses phobies. Je lui démontre qu'il n'est devenu neurasthénique sexuel et impuissant qu'à partir du jour où il a lu quelque opuscule sur ce sujet, où il a laissé s'établir en son cœur les inutiles remords. J'ose lui dire que ces errements anciens auxquels il ne doit pas revenir, ne sont pour rien dans son état. Il m'arrive souvent de relever ainsi dans une conversation le courage de mon malade et de lui rendre cette saine confiance dans le succès, si nécessaire dans tout ce que nous entreprenons ; or, l'entreprise amoureuse, pour naturelle qu'elle soit, n'en est pas moins scabreuse

L'impuissance psychique peut naître sur la base d'autres représentations mentales. On la voit succéder à toutes les émotions intempestives : brouille même légère entre les amants, remords subits naissant à l'occasion d'une infidélité, souvenirs déplaisants, dépit causé par l'indifférence visible d'un des intéressés. Il suffit d'un rien pour jeter un seau d'eau froide sur l'incendie qui s'allume. J'ai vu cette impuissance s'établir chez un mari

qui avait dû accompagner sa femme chez le gynécologue et avait trouvé inesthétiques les poses où il la vit ; le charme était rompu.

J'ai toujours surpris chez les impuissants de cette espèce d'autres signes de nervosisme. Ce sont avant tout des impressionnables incapables de résister à leur premier sentiment, de corriger leurs auto-suggestions. Ce sont des timides qui doutent d'eux-mêmes et se croient, dans tous les domaines, au-dessous de leur tâche.

Par contre j'ai trouvé plus compatible avec la santé psychique l'impuissance incurable due à une absence totale du sens génésique. Il y a des hommes qui n'ont jamais eu d'érections, jamais de pollutions. Ces malheureux ne s'aperçoivent souvent pas de leur infirmité et j'en connais plusieurs qui se sont mariés pour avoir les joies de la famille et n'ont découvert qu'alors leur incurable impuissance. Cet état s'accompagne souvent d'aspermie et rentre plutôt dans la classe des dégénérescences somatiques.

Chez les femmes, malgré la frigidité, due en grande partie à l'éducation de beaucoup d'entre elles, l'exercice régulier des fonctions sexuelles, la maternité semblent exercer une bonne influence sur la santé. On trouve plus souvent des états de psychonévroses chez les vieilles filles. Mais il est difficile de dire ce qui tient à la continence, à la non-satisfaction de besoins naturels et ce qui dépend des conditions anormales de vie, de l'isolement moral dans lequel vivent les célibataires. Chez la femme comme chez l'homme la vie conjugale est une condition de santé et de longévité. D'autre part bien des femmes ne trouvent dans le mariage que le malheur et doivent leur nervosisme aux souffrances qu'elles subissent. Il y a trop d'aléas de part et d'autre pour que le médecin puisse

conseiller le mariage comme mesure thérapeutique ou s'opposer au contraire à une union projetée, en considérant comme obstacle le nervosisme d'un des conjoints. Cupidon paraît du reste être aussi sourd qu'aveugle et nos clients ne nous écoutent guère en cette occurrence.

La menstruation est de toutes les fonctions de l'organisme féminin celle qui agit le plus sur la mentalité. Presque toutes les femmes souffrent à ce moment de troubles nerveux, céphalalgies, rachialgies, fatigue générale. Mais ce qui frappe surtout c'est l'état psychique, et l'on voit apparaître, même chez les femmes robustes, les stigmates mentaux des psychonévroses.

La femme en puissance des règles est plus fatigable, plus sensible, plus émotive et plus esclave de ses autosuggestions qu'à l'état normal. Ses larmes coulent plus facilement ; elle supporte moins les contrariétés ; elle est plus susceptible et l'on voit souvent poindre chez elle un esprit de contradiction qu'elle ne manifeste pas en dehors de l'époque menstruelle.

La femme normale est déjà, pendant la durée de cette fonction, une psychonévrosée ; celle qui est nerveuse à l'ordinaire le devient plus encore, et chez les prédisposées on voit survenir les psychoses menstruelles. Le pronostic peut en être très sévère, et il y a des femmes qui pourraient être internées tous les mois dans un asile d'aliénés. Cependant j'ai observé plusieurs cas de psychose menstruelle dans lesquels j'ai pu obtenir de bons résultats par un traitement psychothérapique, en développant chez les malades les tendances altruistes, en les amenant à la maîtrise d'elles-mêmes.

L'âge de développement est déjà dangereux pour les jeunes filles. On voit survenir facilement alors des états de neurasthénie et d'hystérie qui peuvent, heureusement,

être passagers. Parfois cependant le travail organique intime qui se produit à cet âge fait naître des états de déséquilibre plus graves. On voit souvent alors des fillettes perdre la vivacité intellectuelle qu'elles avaient, devenir gauches, maladroites, tromper les espérances que l'on fondait sur leurs aptitudes. C'est peut-être à des influences analogues liées aussi à l'âge du développement qu'est due la démence précoce si souvent confondue au début avec la neurasthénie.

La ménopause est plus pathogène encore, et il est peu de femmes qui échappent aux vapeurs, aux multiples troubles fonctionnels de l'âge critique. Chez beaucoup le caractère se modifie, elles deviennent difficiles, acariâtres et c'est peut-être en partie à cette raison qu'il faut attribuer la mauvaise réputation qu'ont, en tous pays, bon nombre de belles-mères ; quand elles marient leurs enfants, elles sont ordinairement dans cette période fâcheuse.

C'est l'âge aussi où l'on voit naître les états hypocondriaques et mélancoliques, accompagnés des plus étranges sensations d'apparence somatique : chaleur cuisante dans tout le corps, algies diffuses à recrudescence nocturne, picotements intenses dans la bouche, l'arrière-gorge, ardeur à l'estomac, etc.

Il semble que ce n'est pas seulement la cessation plus ou moins brusque de la fonction menstruelle qui détermine ces accidents. La femme entre en même temps dans une autre période d'âge, elle fait un pas de plus vers la sénilité. On voit aussi survenir chez les hommes vers la cinquantaine des états analogues, et ce n'est pas sans raison qu'on a parlé de ménopause masculine, alors même qu'il n'y a pas suppression d'une fonction. Il ne faut pas oublier que la décadence organique commence en somme

très tôt, après la trentaine. Elle est continue, mais il semble que par périodes elle s'accélère, de manière à modifier plus brusquement la personnalité. Nous passons par des périodes critiques qui nous rendent plus vulnérables. J'ai observé chez des femmes arrivées à la cinquantaine tout le cortège de ces troubles attribués à la ménopause, c'est-à-dire à la suppression de la fonction. Or, ces femmes avaient vu leurs règles cesser bien des années auparavant et n'avaient éprouvé alors, à part quelques vapeurs, aucun trouble sérieux. J'ai vu des femmes qui avaient subi l'ovariotomie entre vingt et trente ans ne présenter qu'entre cinquante et cinquante-cinq les troubles nerveux caractéristiques. Il me semble donc rationnel d'attribuer à l'âge lui-même une influence étiologique.

Malgré leur origine nettement somatique, ces psychonévroses liées à la vie sexuelle ou à des phénomènes de sénilité sont encore justiciables d'une psychothérapie rationnelle. Il ne faut pas négliger les moyens matériels. Le repos, l'isolement du milieu familial sont souvent nécessaires. Il faut étudier la constitution du malade, combattre par un régime approprié ses états diathésiques, le ramener à une alimentation saine, frugale, créer de bonnes habitudes de vie. Mais ces malades ont en même temps besoin de bons conseils. Par la parole sensée on modifie leur mentalité en dépit des causes organiques, encore mystérieuses, qui la troublent.

VINGT-SIXIÈME LEÇON

Troubles du sommeil ; Insomnie. — Inutilité et dangers des médications narcotiques. — Insuffisance des procédés balnéaires. — Efficacité de la psychothérapie. — Causes de l'insomnie ; physiques : impressions sensorielles trop vives, intoxications et auto-intoxications morales : préoccupations obsédantes. — Recherche agitée du sommeil. — Trucs psychothérapiques. — Création d'un état d'âme favorable au sommeil. — Abus des traitements médicamenteux et hydrothérapiques.

Parmi les symptômes des psychonévroses il en est un qui prend une grande importance par sa fréquence et par l'aggravation qu'il amène dans l'état des malades, c'est l'insomnie.

La plupart des névrosés dorment mal, mais leur insomnie se présente sous des formes très diverses. Il y a des malades qui s'endorment difficilement. Ils se couchent fatigués, mais lorsqu'ils sont au lit, le sommeil ne vient pas. Les uns reconnaissent qu'ils sont maintenus éveillés par des préoccupations obsédantes qu'ils s'efforcent en vain de chasser ; d'autres affirment n'avoir fixé leur pensée sur aucun sujet troublant, mais ils ne trouvent pas le sommeil. Certains malades s'endorment facilement, mais ils se réveillent au bout de quelques heures et ne peuvent plus se rendormir ; beaucoup retrouvent le sommeil vers le matin, à l'heure où ils devraient se lever.

Pendant ces heures d'insomnie, l'état mental des

malades est très variable. J'en vois qui n'en souffrent nullement, ils constatent froidement qu'ils ne dorment pas, mais affirment qu'ils n'éprouvent aucune sensation pénible. D'autres s'impatientent, se dépitent, se retournent sans cesse sur leur couche, se lèvent, se recouchent. Il y a des neurasthéniques qui ont l'insomnie mélancolique. Dans l'obscurité ils voient en noir ; ils envisagent avec pessimisme leur situation dans ce monde. Tantôt c'est en égoïstes qu'ils font l'inventaire de leur vie, souffrent de leurs insuccès, des vicissitudes de leur existence ; souvent aussi ce sont des âmes nobles chez lesquelles dominent les préoccupations altruistes. La vie leur paraît laide ; elle ne vaut pas la peine d'être vécue ; elle n'est qu'une vallée de larmes. S'ils sont des intellectuels leurs préoccupations sont d'ordre philosophique ; ils vivent dans ce malaise psychique qu'ont si bien décrit les philosophes pessimistes ; ils y mêlent des aspirations religieuses, sans pouvoir arriver à la foi qui les sauverait. Enfin beaucoup motivent leur insomnie uniquement par les souffrances qu'ils éprouvent, troubles dyspeptiques, ballonnements, borborygmes, par des sensations douloureuses diverses, palpitations, angoisse. Il leur semble qu'ils dormiraient si on pouvait les délivrer de tous ces malaises. Notons enfin les malades qui dorment, mais d'un sommeil agité, troublé par des rêves, des cauchemars. Parfois ils n'ont pas conservé le souvenir du rêve, mais ont conscience d'avoir eu le sommeil interrompu, troublé, et constatent au matin qu'ils n'ont pas bien reposé.

L'insomnie à forme légèrement mélancolique accompagnée de préoccupations obsédantes est très pénible, mais je puis dire qu'elle est la moins grave. Elle se présente souvent chez des gens qui ont, il est vrai, la men-

talité neurasthénique mais qui, de jour, retrouvent si bien leur équilibre psychique qu'ils ne sont jamais arrêtés dans leur activité. Ce ne sont pas à proprement parler des malades, ce sont des nerveux, sensibles, émotifs, souvent des âmes délicates que froissent les laideurs de la vie. Bornée à ce degré, la neurasthénie est presque une qualité encore qu'elle fasse souffrir.

J'envisage comme plus sévère l'insomnie persistante de certains malades qui, pendant des semaines et des mois, passent des nuits blanches sans pouvoir indiquer ce qui les a troublés. C'est chez ces malades qu'on observe aussi des troubles étranges de la sensibilité psychique ou physique. Il en est qui aiment les temps gris, la pluie, et craignent le beau temps ; en hiver déjà ils appréhendent le retour du printemps.

Chez d'autres on surprend une indifférence incroyable vis-à-vis du froid, de la douleur. Cela rappelle déjà l'insensibilité des aliénés qui se mutilent. Ce sont des déséquilibrés, des agités qui réagissent d'une façon anormale ; ils sont aux frontières de la vésanie.

Enfin le sommeil peut être troublé par des rêves, des cauchemars. Cette agitation est fréquente chez les hystériques, ainsi que dans ce nervosisme à fleur de peau qui semble être l'état normal de bien des femmes.

Que fait-on contre ces diverses formes d'insomnie ? On donne des médicaments, des narcotiques, le sulfonal, le trional, la paraldéhyde, le bromure, enfin du chloral, de l'opium ou des spécialités dont on ne connaît souvent pas la composition. C'est bien simple. Eh bien, je l'avoue sans honte, pendant plus de vingt ans, je n'ai pas eu l'occasion de prescrire ces médicaments.

J'ai, et pour cause, une médiocre confiance dans la solidité de la couche corticale du cerveau ; ses cellules

me paraissent bien fragiles, et je me fais scrupule d'introduire dans le courant sanguin ces stupéfiants qui produisent le sommeil. C'est une vraie intoxication que nous provoquons et elle porte sur la partie la plus délicate, sur l'organe pensant. Je ne les emploie qu'avec répugnance chez des gens normaux au point de vue mental, lorsqu'il y a indication de supprimer la douleur ; j'en crains l'usage chez mes malades, tous débiles psychiquement. Cette intervention me paraît dangereuse, et je ne puis oublier que l'effet salutaire ne peut être que passager, car toutes ces drogues étrangères au chimisme normal de l'organisme sont rapidement éliminées par les divers émonctoires.

J'y recourrais peut-être, à ces narcotiques, si j'étais persuadé de leur efficacité, mais j'ai de bonnes raisons pour en douter. Mes malades sont tous des chroniques, et ils ont déjà épuisé, sans succès, ces médicaments, ils sont Gros-Jean comme devant. Il y en a qui ont conservé quelque confiance dans ces moyens et ne renoncent qu'avec peine au soulagement momentané qu'ils leur procurent, mais j'en trouve beaucoup d'autres qui sont déjà convertis et poussent un soupir de soulagement quand je leur dis que je ne leur prescrirai aucun médicament pour les faire dormir.

J'ai eu dès le début de ma carrière cette crainte des narcotiques que j'estime raisonnée et que d'autres taxeront de phobie maladive. J'ai cherché à les remplacer par les procédés plus anodins de la balnéation : bains tièdes, maillots, bains de pied, etc. J'en ai obtenu quelquefois de bons résultats, mais, suis-je peut-être trop sceptique ? ils n'ont pas été assez constants pour m'encourager dans cette voie. J'ai lâché le manche après la cognée et je m'en suis tenu dès lors à la psychothérapie pure.

Quand sur la base de mes observations au lit de malade, je réfléchis à la pathogénie de l'insomnie et des troubles du sommeil causés par les rêves, j'arrive aux conclusions suivantes :

Le sommeil peut être troublé par des impressions sensorielles trop vives, douleurs, malaises physiques, bruit, lumière. Nous éliminons ordinairement ces excitations sensorielles et, quant à la douleur, j'estime qu'il faut avant tout songer à supprimer la cause avant de recourir aux palliatifs. L'usage de la morphine est tout indiqué contre des douleurs violentes, surtout si l'affection qui les cause est passagère. Il faut en être plus avare quand le mal est chronique, car le malade risque alors de tomber dans la morphinomanie. Cette considération doit être oubliée quand il s'agit d'un mal incurable, et la morphine peut alors être employée largement comme euthanasique.

Quand la sensibilité au bruit est exagérée et se montre à l'occasion de bruits inévitables, il ne faut pas oublier que cette hyperesthésie est toute psychique et doit être combattue par les moyens psychothérapiques ; j'y reviendrai.

L'insomnie peut résulter de l'absorption de substances qui agissent directement sur le cerveau, comme le thé, le café ; peut-être quelquefois l'abus du tabac. Il est facile de supprimer ces substances surtout au repas du soir. Mais encore ici est-il bon de ne pas oublier l'auto-suggestion toujours possible.

Des effets analogues sont produits par les auto-intoxications résultant de maladies diverses, surtout par les affections rénales amenant une dépuration incomplète du sang, l'urémie. L'indication primordiale est de supprimer la cause en rétablissant une diurèse suffisante, mais souvent nous sommes forcés de recourir aux narcotiques.

En dehors de ces causes physiques d'insomnie, impressions sensorielles trop vives, intoxications et auto-intoxications, je ne vois plus que des causes psychiques expliquant l'insomnie et c'est pourquoi, dans l'immense majorité des cas, je recours avec succès au traitement psychique.

Il consiste à supprimer les états d'âme qui empêchent le sommeil, à établir ce calme de l'esprit qui seul amène ce qu'on appelle le sommeil du juste ou plutôt le sommeil de l'homme calme.

Les préoccupations qui amènent l'agrypnie sont légion, et il n'y a pas deux malades auxquels on puisse adresser les mêmes conseils. Quand ce sont de vrais malheurs, la perte d'une personne aimée, des soucis réels, des remords justifiés qui hantent l'esprit des malades, il n'est guère possible de dissiper l'obsession triste. Cependant la sympathie console et le temps agit pour effacer ces impressions. Dans l'intérêt même du malade il faut savoir attendre et ne pas recourir aux palliatifs qui ne peuvent agir sur la cause. Sans dureté le médecin doit rendre le malade attentif à l'origine purement mentale de son insomnie, lui montrer l'inutilité des moyens physiques, l'encourager à prendre patience.

Heureusement, dans bien des cas, les préoccupations ne sont pas si sérieuses. Le malade prend au tragique des événements pénibles si l'on veut, mais qu'il serait possible d'envisager avec plus de sérénité. Sachez enseigner au malade cette saine philosophie qui consiste à prendre les choses par le bon bout et vous verrez le calme renaître et le sommeil revenir.

Mais il y a une préoccupation qui est surtout dangereuse, c'est celle du sommeil. Quand on ne dort pas et qu'on s'impatiente de ne pas dormir, qu'on se retourne

en se dépitant, on crée un état d'agitation qui empêche le sommeil. Beaucoup de malades abordent la nuit avec l'idée fixe qu'ils ne dormiront pas, en supputant déjà les conséquences fâcheuses qu'aura cette nuit d'insomnie pour leur bien-être du lendemain. Ils comptent les nuits déjà mauvaises qu'ils ont eues, persuadés qu'elles se suivront et se ressembleront.

Dissipez ces phobies qui empêchent l'esprit d'arriver au calme nécessaire. J'ai coutume de dire à mes malades : Le sommeil est comme un pigeon. Il vient à vous, si vous avez l'air de ne pas le rechercher ; il se sauve si vous voulez l'attraper !

Il faut avant tout que le malade perde toute crainte d'insomnie, qu'il arrive au sujet de la question du sommeil à l'indifférence parfaite qui se résume dans cette idée : Si je dors, tant mieux ; si je ne dors pas, tant pis ! Ce n'est qu'alors que cesse la vibration mentale et que le sommeil arrive tout seul. Il est plus facile qu'on ne pense d'amener les malades à cette philosophie qui produit souvent des effets thérapeutiques immédiats.

Donnons-en quelques exemples :

Un ami médecin, qui venait de sortir d'une crise de mélancolie, me signale l'amélioration obtenue, mais se montre encore inquiet au sujet de l'insomnie. Il a pris sans succès de la valériane, des bains chauds, du bromure. Ne vous inquiétez pas, lui dis-je, et ne cherchez pas le sommeil ; votre poursuite ne peut que le chasser. Laissez-le venir. Il n'y a pas de danger à quelques nuits d'insomnie, même lorsqu'elle serait plus complète encore que dans votre cas. Je soigne des névrosés depuis plus de vingt ans, eh bien, je puis vous affirmer que je n'ai pas encore vu un seul cas dans lequel l'insomnie en elle-même eût constitué un obstacle à la guérison. On peut

négliger l'insomnie sans courir aucun risque et c'est encore là le meilleur moyen de ramener le calme et le sommeil. Ne faites rien, ne prenez ni bains, ni médicaments, et vous retrouverez bientôt le repos.

— Vous avez deviné ma pensée, me répond mon confrère. J'étais en effet très préoccupé de ces nuits sans sommeil. Je me disais : tu vas mieux, tu es sorti de la crise mélancolique, mais maintenant l'insomnie va fatiguer le cerveau et la mélancolie va renaître. Ma phobie a été encore précisée par un souvenir. Un jour qu'à votre clinique, je demandais à la religieuse des nouvelles d'une de vos malades que je connaissais, elle me répondit : Oh ! cette dame ne va pas mieux ; elle ne dort pas, et cette insomnie, fatiguant ses nerfs, l'empêche de se guérir.

— Eh bien, lui dis-je, cette phobie est injustifiée. La malade dont vous parlez souffre d'un état vésanique tout différent de la mélancolie. Elle a des périodes d'insomnie, c'est vrai, mais la sœur se trompe en croyant que c'est l'insomnie qui entretient le mal. Croyez-moi, l'insomnie, même persistante, n'a pas de dangers. Ne faites rien, ne craignez rien, admettez par avance que cela ira.

Le lendemain déjà le malade me disait avoir eu une bonne nuit, et depuis lors il n'a plus eu à se plaindre de l'insomnie. Il a recouvré la santé et une capacité de travail intellectuel qui dépasse la moyenne.

J'obtins le même résultat en quelques jours avec un confrère étranger. Agé de trente-trois ans, le malade se présente comme neurasthénique. Il n'a ni anorexie, ni dyspepsie, ni constipation. Son nervosisme se traduit par une insomnie presque persistante qui dure depuis neuf mois. Il n'a obtenu que des résultats passagers par le bromure, la balnéation, les voyages, la cessation de tout

travail. Père neurasthénique, mort d'angine de poitrine ; mère migraineuse. Le malade a pratiqué l'onanisme, a remarqué dans quelques rapprochements sexuels l'éjaculation prématurée ; il est sujet au bégaiement.

Dès le début, je rends le malade attentif aux causes psychiques d'insomnie et lui conseille hardiment de cesser tout traitement, de supprimer d'abord toute appréhension d'insomnie. Il réussit au bout de quelques jours à retrouver le sommeil, reprend un travail scientifique et se déclare guéri.

Quand ce sont des préoccupations qui empêchent le sommeil, il faut tâcher de les supprimer, de fermer le tiroir. C'est difficile, mais ce n'est pas impossible. Souvent on y réussit simplement en réfléchissant au caractère intempestif de cette obsession ; la question ne pouvant être résolue sur l'heure, de nuit, on la remet au lendemain. Mais souvent, malgré ces efforts, le tiroir se rouvre, l'obsession reparaît.

Dans certains cas on peut échapper à l'obsession en prenant le parti d'aborder franchement la question qui préoccupe, de la travailler jusqu'à ce qu'elle soit résolue. Ce procédé réussit souvent quand il s'agit de préoccupations intellectuelles, scientifiques. Parfois, il est vrai, les associations d'idées ont ramené une nouvelle préoccupation, et tout est à recommencer.

Le sommeil vient tout naturellement sans qu'on le cherche, quand nos pensées, fixées d'abord sur des événements émotionnants, dévient et nous font voir les mêmes personnes, les mêmes lieux, sous des couleurs plus gaies.

En soignant des amis, il m'est arrivé souvent de ne pas dormir en songeant aux difficultés du traitement psychothérapique ; je les sentais s'échapper de mes mains, et l'idée que le résultat pourrait être compromis me hantait

et m'empêchait de dormir. Je retrouvais le sommeil aussitôt que ma pensée venait à dévier et que je revoyais dans le malade le camarade d'enfance. Une image agréable succédait dans mon kaléidoscope mental à celle qui m'avait troublé.

Il est quelquefois possible de provoquer volontairement ce changement d'idées, d'aiguiller dans une autre direction. C'est imiter le cocher dont l'attelage s'est emporté sur une route où il y a quelque danger et qui, tirant brusquement les rênes à droite ou à gauche lance ses chevaux sur un terrain de gazon. J'ai souvent conseillé ce procédé à mes malades et ils ont très bien réussi.

Mais quel que soit le truc auquel on recourt, soit qu'on ferme énergiquement le tiroir, soit qu'on épuise le sujet obsédant, soit enfin qu'on cherche à faire dévier la pensée, rien ne facilite ce travail mental comme l'indifférence vis-à-vis de l'insomnie. Vouloir à toute force arriver au but, s'énerver de ne pas encore l'avoir atteint, c'est de nouveau créer une préoccupation qui empêche le sommeil. Il faut se souvenir aussi que beaucoup de ces idées obsédantes ne sont pas passagères et nées seulement au moment où l'on se met au lit. Elles nous ont déjà poursuivis dans la journée, souvent pendant plusieurs jours ou semaines. Elles trahissent le fond de notre état d'âme. Alors il ne suffit pas de lutter quelques minutes, quelques heures au début de la nuit. C'est de jour déjà qu'il faut philosopher, reconnaître l'inanité de ses craintes, l'inutilité de ses regrets, arriver à une certaine stabilité de sentiments.

Il en est de même quand le sommeil est troublé par des rêves. Mes malades, qui ont déjà compris combien est efficace l'éducation de soi-même, m'ont souvent objecté que, la nuit, ils ne pouvaient se défendre. Vous ne pouvez pourtant pas exiger de moi que je fasse de la psychothé-

rapie en dormant, me disent-ils, car je dors, en somme, mais ce qui me fatigue, ce sont les rêves pénibles.

— Bien, leur dis-je, je vous l'accorde ; là vous êtes désarmés. Mais n'oubliez pas que le rêve n'est que la continuation dans le sommeil de l'activité mentale de la journée. Si baroque qu'il puisse paraître, le rêve se rattache toujours à l'état d'âme antérieur. On a remarqué que dans le rêve on retrouve moins les événements émotionnants de la journée que les petits incidents sans importance, mais si l'on s'applique, comme l'a fait Freud, de Vienne [1], à analyser le rêve, à dégager son idée-mère, on s'aperçoit qu'il trahit souvent nos aspirations les plus secrètes. Il en est de même dans le sommeil provoqué par les anesthésiques, et bien des personnes craignent de dévoiler dans cet état d'inconscience le fond de leur âme. On pourrait à propos du rêve dire : Dis-moi ce que tu rêves, je te dirai ce que tu es ; ou bien : comme on fait son lit on se couche.

Aussi quand mes malades se plaignent d'avoir mal dormi parce qu'ils ont eu des rêves angoissants, je ne crains pas de leur dire : Que voulez-vous que j'y fasse ? je ne puis pas intervenir médicalement ici. Nous n'avons pas à la pharmacie des remèdes qui empêchent de rêver. Ingéniez-vous à vivre dans la journée dans un état de calme ; supprimez, par une pensée droite, ces préoccupations inutiles, fâcheuses, et vous dormirez comme un enfant. Parfois ils répondront : Mais je vous assure qu'en me mettant au lit je n'ai eu aucune pensée troublante. C'est possible, leur dirai-je, mais vous avez été inquiet dans la journée. N'oubliez pas que la vague ne cesse pas au moment même où tombe le vent qui l'a soulevée.

1. Die Traumdeutung (l'Interprétation des songes) von Dr Sigm. Freud, Leipzig und Wien, 1900

Il est quelquefois bon, quand l'insomnie se prolonge, quand, au sortir d'un cauchemar on ne peut se ressaisir, de se lever un instant, de boire un verre d'eau fraîche, de faire de la lumière, mais il faut éviter de recourir trop souvent à ces procédés, on en devient esclave. J'ai vu des malades obligés d'y avoir toujours recours. Les uns ne dorment que s'ils conservent une veilleuse, d'autres ne peuvent se passer d'un verre d'eau, d'une tasse de lait ; il y en a qui sont obligés de se préparer au sommeil par une espèce d'auto-hypnose et travaillent dès huit heures du soir à créer la propension au sommeil. Ces malades ne sont pas guéris de leur insomnie ; ils n'en sont qu'aux subterfuges, utiles s'ils sont employés exceptionnellement, toujours fâcheux s'ils deviennent habituels.

Ici comme en face des autres symptômes du nervosisme, il faut changer la mentalité.

J'ai montré dans quelques exemples avec quelle facilité se produit chez certains sujets cette conversion psychique. L'officier d'artillerie dont je signalais l'état d'âme pessimiste réussit, après une conversation, à comprendre la nécessité de voir en rose et retrouva bientôt ce calme serein qui permet le sommeil tranquille.

Quelques considérations sur la psychologie du sommeil suffirent chez les deux malades dont je viens de relater l'histoire. L'intérêt de ces exemples réside dans la rapidité avec laquelle a été obtenu le résultat au moyen d'une ou deux conversations. Il est facile d'en conclure qu'on doit arriver presque toujours au but quand cette influence peut être renouvelée chaque jour et pendant la longue durée d'un traitement.

Je voudrais, dans l'unique intérêt des malades, voir mes confrères adopter franchement ces méthodes psychothérapiques pour le traitement de l'insomnie.

Réussirai-je dans cette tâche? je ne sais. La médecine a commencé par la superstition, par l'application de simples et la suggestion brutale ; la foi aveugle jouait un rôle immense. Plus tard les médicaments ont été étudiés plus sérieusement. L'empirisme nous a donné quelques armes précieuses, des spécifiques, puis une foule de médicaments palliatifs dont nous connaissons plus ou moins l'action physiologique. Le médecin est tout heureux d'employer ces moyens artificiels. Nous nous complaisons dans cette intervention, et la plupart des praticiens ne peuvent terminer un examen de malade sans tirer leur portefeuille pour faire une ordonnance.

Sans doute de grands médecins se sont élevés contre cet abus des médicaments et ont fait voir la valeur des mesures hygiéniques et de la prophylaxie. Mais nous nous heurtons ici aux préjugés du public. Le malade veut la guérison, le soulagement immédiat ; il croit que le médecin, qui a tant étudié, a pour chaque maladie un remède tout préparé, qu'il suffit d'aller chercher à la pharmacie. Il n'écoute que distraitement les conseils d'hygiène que le médecin sérieux lui donne et y voit tout au plus des mesures destinées à favoriser l'action médicamenteuse.

Le médecin subit cette influence du client. Il se croit obligé de jouer le rôle de guérisseur que lui octroie son diplôme. Et puis, nous sommes paresseux ; nous avons à voir beaucoup de malades et c'est plus simple de leur prescrire un médicament que de leur donner de longues explications et d'ordonner leur vie.

Je comprends jusqu'à un certain point cet état d'âme, mais je ne puis en rester là. Je n'ai pas tardé à voir combien étaient souvent illusoires nos tentatives thérapeutiques, à constater l'influence purement suggestive de beaucoup de médications. J'ai été pris plus tard du même

scepticisme raisonné vis-à-vis de ce qu'on appelle aujourd'hui la physiothérapie, c'est-à-dire l'emploi des moyens naturels, eau, air, lumière, électricité, mécanothérapie, etc. Je ne nie pas les avantages que peuvent présenter ces méthodes quand il s'agit de dissiper un désordre physique, mais je prétends qu'on en abuse et qu'on se fait souvent illusion sur les causes qui amènent la guérison ou l'amélioration.

Les médecins ne sont que trop portés à reconnaître l'agent curateur dans une influence unique ; dans les sanatoriums de montagnes c'est l'altitude, la pureté de l'air, l'insolation ; dans les établissements hydrothérapiques, la douche, les propriétés physiques ou chimiques des thermes.

On oublie qu'un malade qui recourt à ces cures subit l'influence de facteurs divers. Il quitte le milieu dans lequel il vit, échappe souvent à des préoccupations énervantes, au surmenage. Il vit pendant des semaines, parfois pendant des mois dans une station nouvelle, changeant d'air physiquement et moralement ; il se repose, mange mieux, se promène, se baigne, jouit de toutes espèces de distractions, enfin il subit l'influence d'un médecin aimable, qui tout en douchant, en prescrivant des mesures balnéaires, sait faire renaître chez le malade l'espérance de la guérison.

Dans le domaine des psychonévroses c'est cette influence morale qui prédomine. J'en ai la preuve certaine dans le fait que j'ai pu, dans le cours d'une carrière médicale déjà longue, renoncer à tout moyen physique et médicamenteux.

Sans doute ce traitement purement psychothérapique n'est pas facile. Il demande beaucoup de temps, de patience de la part du malade surtout, de la part du mé-

decin aussi. Le praticien se fatigue parfois dans cette œuvre et pourrait être tenté de reprendre le rôle plus facile de médicastre.

Mais quand on a réfléchi sur ces sujets, quand on a vu des malades retrouver, après des années de souffrances, une santé robuste, reconquérir la puissance du travail, devenir des vaillants, quand on les a vus agir sur leur entourage, lui transmettre par contagion leur optimisme, on reprend courage, et c'est avec joie, avec une inaltérable patience, qu'on poursuit sa tâche, qui est toujours de ramener les malades à une vie saine au triple point de vue physique, intellectuel et moral.

Assez instable moi-même dans mes états d'âme, sujet au découragement, il m'est souvent arrivé de douter de l'efficacité de cette psychothérapie ; il me semblait impossible de la continuer avec la même ferveur. Mais ces chutes du baromètre moral n'ont jamais duré chez moi. Chaque jour j'ai pu constater des succès partiels qui me rendaient l'entrain et presque toujours le résultat final me forçait à m'écrier : Oui, tu es dans la bonne voie ; tu peux continuer sans faiblesse, tu fais œuvre utile.

Mais pour entrer dans cette voie il ne suffit pas d'une foi tiède dans la psychothérapie, il ne faut pas la considérer comme un auxiliaire utile. Il faut être persuadé de la nature mentale des psychonévroses, ne pas craindre de brûler ses vaisseaux, en démontrant au malade, à ses proches, l'inutilité de la thérapeutique ordinaire, et faire éclater à leurs yeux la valeur du traitement psychique. Le succès est à ce prix.

VINGT-SEPTIÈME LEÇON

Crises nerveuses diverses, leur traitement ordinaire par les antispasmodiques, l'hydrothérapie, etc. — Avantages du traitement moral. — Cessation brusque des crises sous l'influence du changement de milieu. — Dans l'hystérie tout est mental et le traitement doit être psychothérapique. — Insuccès possibles; persistance de la mentalité hystérique. — Obstacles moraux à la guérison; esprit de contradiction; amour-propre. — Quelques mots sur l'hystérie traumatique.

Les phénomènes qu'on qualifie de crises nerveuses sont l'apanage de l'hystérie. Elles se présentent sous les formes les plus diverses. Tantôt c'est un simple trouble fonctionnel ou une sensation pénible survenant subitement qu'on désigne sous ce nom ; tantôt ce sont des mouvements involontaires, depuis les secousses musculaires isolées ou les tremblements jusqu'aux attaques convulsives simulant l'épilepsie. Enfin, presque toujours dans ces états la mentalité est troublée, parfois si peu que les malades décrivent sans inquiétude apparente leurs sensations ; souvent, au contraire, l'élément psychique domine et l'on assiste à des crises délirantes qui prouvent qu'il n'y a pas si loin des psychonévroses aux vésanies.

On a recommandé contre tous ces troubles les antispasmodiques les plus variés, parmi lesquels le bromure et la valériane ont conservé la faveur des médecins. On les traite avec un certain succès dans les établissements hydrothérapiques, dans le cabinet des médecins électri-

ciens. Enfin n'avons-nous pas dans la compression ovarique un bon moyen de mettre un frein à certaines de ces manifestations convulsives ?

Ce n'est pas d'aujourd'hui que je suis sceptique à l'endroit de ces divers moyens. Dès le début de mon internat j'ai eu l'impression que l'influence psychique était seule en cause et déjà alors j'ai recouru à la psychothérapie.

Bien souvent j'ai recueilli dans mon service des hystériques en proie à des crises convulsives et délirantes qui avaient nécessité leur transfert immédiat à l'hôpital. Elles criaient et se débattaient d'une façon effrayante. Avec patience et bonté, je constatais leur état, je prenais note des symptômes, puis je leur disais : Oh bien, il n'y a rien de grave dans votre état ; il est bien pénible pour vous, mais il cessera rapidement, vous verrez ! Mais, vous savez, il y a dans la salle des malades qui ont besoin de repos et qui ne pourraient assister à vos crises. Réprimez donc ces mouvements, ces cris, afin que nous puissions vous garder et vous guérir vite !

Presque toujours j'ai vu cesser la crise, au grand étonnement des parents, qui avaient cherché vainement à tranquilliser la malade ou à l'intimider en la menaçant du transfert à l'hôpital. Elle y était venue à contre-cœur ; souvent elle avait été amenée de force, et toute cette agitation cessait quand elle trouvait dans la salle un accueil bienveillant. Il suffit que l'interne ou la sœur de service aient la main douce pour supprimer ces manifestations tout extérieures du malaise mental.

On arrive souvent au même résultat par une tenue diamétralement opposée, par les moyens violents, l'intimidation. J'ai vu cesser les crises par l'application de courants faradiques douloureux, par une fustigation au pinceau électrique, par une douche, par le jet d'un seau

d'eau froide sur la tête, par un soufflet ; j'ai vu intimider les malades par la menace du fer rouge, de l'isolement dans un cabinet, par la parole autoritaire du médecin déclarant qu'il ne tolérait pas ces extravagances. J'ai constaté ces succès sans plaisir, persuadé qu'ils auraient pu être obtenus plus sûrement encore par la douceur.

Je n'ai jamais pu croire à la réalité des zones hystérogènes, en ce sens qu'il y aurait certains territoires cérébraux prêts à déchaîner la crise convulsive sous l'influence d'une excitation périphérique. Ces influences excito-motrices ou au contraire inhibitrices existent dans l'épilepsie où la crise peut parfois être provoquée par la pression sur une cicatrice du cuir chevelu, arrêtée par un lien appliqué au bras d'où part l'aura, par l'ingestion du sel quand la crise débute par des sensations à l'épigastre.

Dans l'hystérie, au contraire, tout est mental, tout est idéogène, et si l'on réussit souvent à arrêter la crise par la compression d'un ovaire douloureux, ce n'est pas par la voie physiologique, c'est par l'influence suggestive. On la supprimerait aussi bien par tout autre procédé, à condition qu'on réussisse à provoquer chez la malade l'idée qu'il sera efficace.

J'ai vu des chirurgiens m'envoyer de leurs malades en me demandant si, pour supprimer les douleurs d'une névrose articulaire, il fallait recourir au massage, au courant d'induction. J'ai pu leur répondre en toute conscience : C'est indifférent, car aucune de ces méthodes n'agit matériellement. Vous arriverez au but avec ou sans elles pour peu que vous sachiez faire naître chez votre malade la conviction qu'il va guérir.

Je n'ai pas été compris.

N'oublions jamais que Mesmer, au siècle passé, a réussi à provoquer, par l'attouchement des barres métal-

liques qui sortaient de son baquet magnétique, toutes les manifestations hystériques et à les faire cesser. Ne perdons pas de vue non plus les succès constants de nos charlatans. Toujours plus il faut se remettre en tête que l'hystérie est un mal psychique. Je l'ai dit, la crise n'est qu'une attitude passionnelle, une démonstration par le geste. Elle doit être justiciable de la psychothérapie pure.

Les cas nombreux où les accidents hystériques deviennent contagieux se communiquent à d'autres personnes de la famille, de la maison, prouvent l'origine purement idéogène du mal.

Je suis habitué à voir cesser les manifestations hystériques, surtout les dramatiques, dans les premiers jours de séjour dans une clinique, souvent dès les premières heures, sous la seule influence du changement d'atmosphère morale, sans même que je me donne la peine de provoquer l'autosuggestion de la guérison. Parfois cependant il faut la faire naître par la conversation.

Mlle M. est une hystérique à hérédité fortement chargée : père alcoolique ; frère suicidé ; sœur successivement hystérique, mélancolique et maniaque, internée, puis guérie. — La malade a quelques symptômes mélancoliques, de l'angoisse précordiale, des scrupules religieux avec idées d'indignité devant Dieu ; elle est sujette à des crises convulsives allant jusqu'à l'arc de cercle.

Un jour on me fait appeler auprès d'elle, les sœurs de service ne savent plus que faire. Je trouve la malade en pleine convulsion. Tranquillement je m'approche du lit, je m'assieds et je tâte le pouls. La malade maintient aussitôt immobile le poignet que j'ai saisi. Je remarque cette particularité et je prends mon stéthoscope en disant : Pardon, mademoiselle, je voudrais encore ausculter le cœur. — Aussitôt, la malade suspend les mouvements

convulsifs du tronc tout en continuant à mouvoir bras et jambes.

— Mademoiselle, lui dis-je, vous venez très gentiment de réprimer vos mouvements du bras droit et du tronc pour me permettre l'examen. Faites la même chose pour le bras gauche, pour la tête, pour les jambes. Supprimez toute cette manifestation extérieure de votre malaise intérieur. Croyez-moi, ces gestes ne vous soulagent aucunement ; au contraire, vous exagérez le mal en l'exprimant si vivement. Tenez-vous tranquille comme une poupée au milieu de votre lit et tout cela passera ! Je ne veux nullement dire que vous exagérez, que vous ne souffrez pas. Je sais que vous êtes en proie à un malaise très pénible, mais je sais aussi qu'il cessera aussitôt que vous vous serez tranquillisée mentalement, et c'est un bon moyen pour y arriver que de supprimer la manifestation extérieure.

La crise cessa aussitôt et la malade resta tranquille une semaine. Une nouvelle crise survint et la sœur vint m'appeler au téléphone. Je répondis sans hésitation : Dites à Mademoiselle d'employer le même remède qu'il y a huit jours ! et j'interrompis la communication. Le lendemain j'allai chez ma malade avec une certaine crainte. Je m'attendais à la trouver un peu contrariée. Il n'en fut rien, et, souriant, elle me dit : Vous avez eu bien raison hier ; j'avais oublié vos recommandations et quand la sœur est revenue près de moi et m'a dit avec un sourire malin : le docteur a dit qu'il fallait employer le même remède ! je me suis tenue tranquille et tout va bien.

Cette jeune personne n'a plus eu de crises nerveuses depuis lors, et cela se passait il y a dix ans.

Parfois il faut recourir à une petite supercherie,

rehausser la suggestion par un médicament inoffensif ou suggérer l'idée de guérison en prédisant l'amélioration imminente avant même qu'elle paraisse. On escompte l'avenir ; on parle au présent en pensant au futur.

Je suis appelé auprès d'une hystérique qui, depuis plusieurs heures, ameute le quartier par les cris aigus qu'elle pousse. Je trouve la malade au lit, entourée d'une foule de bonnes gens qui s'efforcent de la calmer. Elle est assise sur son lit, les yeux hagards, et crie comme si on l'assassinait. Je renvoie tout ce monde, ne gardant auprès de la malade que sa mère. J'examine la patiente, qui ne semble pas s'apercevoir de ma présence et, pour faire naître l'idée de l'amélioration prochaine, je hasarde l'affirmation que le pouls est déjà plus lent, que la respiration se ralentit, puis, m'adressant à la mère, je l'engage à se coucher dans la chambre voisine, la crise me paraissant bientôt terminée. Déjà les cris ont cessé et la malade se tranquillise. Alors je lui prescris un peu de bromure en lui disant que dans quelques minutes tout ira bien, qu'elle dormira et que le lendemain elle pourra reprendre son travail. Le lendemain je constate la guérison complète et définitive.

Les exemples suivants démontrent à la fois l'influence de la contagion sur le développement du mal et l'influence curative de la suggestion :

Une jeune domestique ayant brisé un vase est renvoyée brusquement par ses maîtres. Elle revient à la maison et, sous l'influence de l'émotion subie, elle tombe dans le délire hystérique, criant, se débattant.

Comme toujours je trouve la chambre envahie par les voisins que je fais aussitôt sortir. J'essaie d'hypnotiser la malade, mais elle est trop anxieuse et ne s'endort pas. Malgré cet insuccès, j'affirme que l'effet calmant se pro-

duira, et la malade revient en quelques minutes à l'état normal.

Au moment où je sors de la maison on m'appelle chez une dame du voisinage en proie à une crise convulsive et demi-syncopale. Elle a vu les contorsions de la première malade et elle l'a imitée. Même essai inutile d'hypnose, même affirmation que cela cessera bientôt, et je me retire sans crainte au sujet de mes deux malades.

Le lendemain on m'annonce que les deux hystériques vont bien, qu'elles ont dormi et repris leur vie habituelle, mais on me prie de revenir pour une autre jeune fille qui joue la même comédie. Je la tranquillise, je lui prescris du bromure et au bout de quelques heures tout rentre dans l'ordre.

Rien n'est plus facile que d'obtenir ces résultats en quelques minutes ou en quelques heures par la simple influence morale, en faisant naître, par un procédé quelconque, la conviction anticipée de guérison, et j'ose dire qu'un médecin qui laisse durer pendant des jours, des semaines, des crises hystériques, montre par cette impuissance thérapeutique qu'il ne connaît pas l'hystérie, qu'il ne se rend pas compte de sa nature mentale. En face de l'hystérie, le médecin peut dire comme le prestidigitateur : rien dans les mains, rien dans les poches, et escamoter les souffrances de ces malades.

Même dans les cas où l'état mental paraît très troublé je cherche à rester dans les limites d'une psychothérapie toute rationnelle, c'est-à-dire à expliquer les symptômes, à faire comprendre à la malade qu'ils ne sont que nerveux, sans danger. Je n'hésite pas à lui donner un petit cours de pathologie nerveuse, à lui exposer en termes clairs et concis l'influence du moral sur le physique. Mais j'avoue qu'il n'est pas toujours possible d'éviter la

suggestion brutale, l'affirmation un peu charlatanesque. Il est parfois plus simple de faire appliquer une compresse froide sur le front, la poitrine, de prescrire un peu de bromure, de valériane, dans une intention purement suggestive. C'est pour le médecin une question d'économie de temps.

Mais plus j'avance dans l'expérience médicale, plus je cherche à rendre mon intervention rationnelle, à éviter la suggestion pure. Il ne faut pas borner son ambition à la suppression de la crise actuelle, il faut avoir la préoccupation de corriger la mentalité hystérique, afin d'éviter les récidives.

Est-ce à dire qu'on réussisse toujours ? Non. Il y a des hystériques qui, malgré toute la peine que se donne le médecin, malgré les améliorations somatiques obtenues par une cure prolongée dans de bonnes conditions de repos, d'isolement, de suralimentation, n'améliorent que leur état physique.

On en voit qui, brillantes de santé apparente, conservent la fièvre hystérique, les palpitations émotives, sont reprises à intervalles irréguliers d'états délirants, de somnambulisme diurne ou nocturne.

Confessez alors votre malade et vous surprendrez chez elles des préoccupations pénibles, des états d'âme malsains créés par les conditions de la vie. Telle jeune fille vit avec ses parents dans des relations pénibles ; elle ne s'entend pas avec sa mère, avec son père, et l'on surprend des drames familiaux qui expliquent l'état d'âme de la malade. Telle autre a eu des chagrins d'amour, a vu ses espérances trompées et ne peut passer l'éponge sur ces événements douloureux. Il y en a chez qui dominent les préoccupations sexuelles, qui s'adonnent à l'onanisme, entretiennent avec d'autres femmes des rela-

tions anormales, se sont prostituées quoiqu'elles ne fissent nullement partie du monde interlope ; il y en a qui, très jeunes, ont été séduites, violées, ont assisté à des scènes dramatiques dont elles conservent, sans l'avouer, le souvenir douloureux.

Il est souvent difficile de découvrir ces causes du déséquilibre mental. Parfois les malades dissimulent, souvent elles ne connaissent pas elles-mêmes les causes de leur étrange état. Quelquefois, dans la franchise suggérée de l'hypnose, elles dévoilent leur secret, mais il en est qui le gardent et conservent pendant des années leurs crises jusqu'à ce qu'un événement fortuit vienne y mettre un terme. Il y en a enfin qui ne guérissent jamais.

La persistance des crises est quelquefois due à des causes mentales saisissables, et j'ai vu l'esprit de contradiction empêcher la guérison, comme il peut être la cause de récidives.

Mlle H. est une hystérique de trente ans qui, depuis huit ans, souffre presque continuellement de crises convulsives et d'états délirants. Elle a été morphinomane, a la peau du ventre et des cuisses criblée de cicatrices, avec des fragments d'aiguilles de Pravaz dans les tissus. De famille tuberculeuse, elle a le sommet gauche suspect et elle est très émaciée. Dans le double but de combattre la phtisie menaçante et l'hystérie, je la soumets à une cure complète d'isolement, de repos et de suralimentation. Elle obéit à merveille, mange, engraisse, mais conserve ses crises hystériques. Elle impatiente les sœurs de la clinique où je l'ai placée, et une vieille religieuse un peu colérique se laisse aller à lui donner un petit soufflet.

A bon droit, la malade se révolte, exige son transfert dans une autre maison et ne veut plus voir autour d'elle les cornettes des sœurs. J'acquiesce à son désir de rester

seule dans sa chambre et d'être servie par une jeune domestique laïque.

Voyant les crises persister j'essaie d'agir sur sa raison, de lui insinuer qu'elle pourrait, dans une certaine mesure, réprimer ses crises. Je lui expose avec bienveillance, avec toute la diplomatie possible, cette influence inhibitrice de la raison, mais elle est « butée ». Elle ne peut accepter cette idée et me répond : Je suis malade, mes mouvements sont involontaires et je ne puis les supprimer par l'effort volontaire !

La voyant ainsi rebelle, je renonce à lui donner ces conseils et ne m'occupe plus du tout de ses crises.

Cependant, un jour elles dépassent les bornes : la malade, en chemise, est étendue par terre, elle se lève comme en proie à la folie et fait mine de vouloir se jeter par la fenêtre. Alors je lui dis : Cela ne peut continuer ainsi, je me vois obligé de vous donner une sœur qui vous surveillera jour et nuit. Et je presse le bouton de la sonnerie pour appeler une sœur.

Aussitôt la malade reprend ses sens, se met au lit et se tient tranquille.

Bien, lui dis-je, vous êtes calmée, voilà ce que j'aurais voulu que vous fissiez depuis des semaines; vous voyez que vous avez réussi à supprimer vos contorsions !

— Non, me dit-elle, je n'y suis pour rien, ma crise a cessé, voilà tout.

— Ah, objectai-je, votre crise a cessé toute seule, au moment précis où je vous menace de la surveillance d'une sœur que vous n'aimez pas... Etrange coïncidence !

Bientôt les crises revinrent avec toute leur intensité, et la malade quitta la clinique ayant bon appétit, bonne digestion, des garde-robes régulières, engraissée de onze

kilogrammes, mais en proie aux grandes crises comme ci-devant.

Huit jours après, elle m'écrit de la montagne où elle fait une villégiature, qu'elle n'a plus de crises. Je lui réponds en la félicitant et en lui disant : Vous êtes de ces personnes qui disent « non » et qui font « oui » ; cela vaut beaucoup mieux que le défaut inverse. — La malade est restée guérie.

Il est évident qu'ici l'amélioration mentale a été empêchée par l'esprit de contradiction. La malade était une têtue qui avait affirmé au début qu'elle ne pouvait réprimer par la volonté ses manifestations hystériques. Céder, revenir de cette opinion préconçue et affirmée était pour elle moralement impossible, au moins aussi longtemps qu'elle était en ma présence. Sortie de la clinique elle pouvait céder et elle le fit.

J'ai vu cette fausse honte, que les malades éprouvent à céder à une influence psychothérapique, non seulement entraver la guérison, mais provoquer des récidives lors du retour dans le milieu familial.

Ce n'est pas, en général, vis-à-vis du médecin que les malades se laissent aller à ce sentiment mauvais. Par contre elles éprouvent une répugnance bien naturelle à avouer la guérison rapide de leurs maux anciens, à leurs proches, à leurs amis. Elles craignent qu'on leur dise : Comment ? vous vous êtes guérie en deux mois de ce mal qui durait depuis des années, et cela par des moyens psychothérapiques ? Mais alors vous étiez une malade imaginaire ; vous auriez pu vous guérir depuis longtemps si vous aviez eu plus d'énergie ; je vous l'avais bien dit !

Il y a des malades qui craignent ce jugement, qui prolongent volontairement leur convalescence pour ne pas

provoquer ces réflexions malveillantes. J'ai vu aussi des dames susceptibles retomber subitement dans leur état ancien au sortir d'une cure qui avait eu un succès matériel parce que le traitement avait été fait brutalement, par contrainte, et que le médecin avait maladroitement recommandé au mari une surveillance trop sévère.

M[me] X. avait fait, il y a dix ans, chez un médecin distingué, une cure d'isolement. Elle avait perdu la plupart des symptômes et gagné près de 10 kilogrammes. Malheureusement l'obéissance avait été passive. La malade avait été forcée de manger par une garde-malade jouant un rôle de Cerbère. Elle avait cédé, mais à contre-cœur. Cependant, constatant l'amélioration, elle aurait été prête à continuer dans la bonne voie. Mais le médecin eut l'imprudence d'écrire au mari : Surtout ne laissez pas retomber votre femme dans sa veulerie ancienne, qu'elle ne reprenne pas l'habitude de la chaise longue !

En rentrant au logis, la pauvre femme, fatiguée d'un long voyage, s'affale sur un fauteuil et voilà le mari qui s'écrie : Comment, te voilà déjà sur un fauteuil ? Vas-tu recommencer cette vie de valétudinaire ? Ce long traitement n'aura donc servi à rien !

La malade perdit en effet tout le profit de la cure, et c'est dix ans après environ que je dus la recommencer en substituant à l'autorité rude et maladroite, l'influence plus puissante de la douceur et du raisonnement.

La conduite à tenir vis-à-vis des crises convulsives et des états délirants de l'hystérie varie suivant les cas. Elle dépend de la mentalité du sujet, des causes qui ont fait naître les accidents. Il faut, pour trouver le remède, étudier à fond la psychologie de la malade, la saisir, pourrais-je dire, pour la retourner.

L'une cède à la logique pure, l'autre est entraînée par

le sentiment. Telle malade aime l'autorité et demande même au médecin de la brusquer, de la gronder, tandis qu'une autre perd tout courage si on élève la voix. Hélas ! il y en a qui résistent à tous ces moyens, qui opposent à nos efforts une puissance d'inertie incroyable. Je les appelle des « sacs sans oreilles », la main glisse sur leur surface.

Le succès dépend avant tout de la mentalité du médecin ; il doit être maître de lui-même, se plier aux exigences du moment. On a dit qu'il faut, pour le traitement des psychonévroses, la main de fer gantée de velours. Elle est encore bien rude cette main-là, et je préfère la main non gantée, souple, mobile, sensible, comme celle des liseurs de pensées qui surprennent l'état d'âme des personnes auxquelles ils donnent la main.

Puisque nous sommes sur le chapitre des crises nerveuses, consacrons quelques lignes aux névroses traumatiques.

J'ai déjà dit qu'il n'y a pas lieu de créer sous ce nom une entité morbide spéciale. Le traumatisme, par le choc moral qu'il produit, est l'agent provocateur d'un trouble psychique qui, suivant les prédispositions du sujet, crée divers états de psychonévrose. L'hystéro-neurasthénie est la forme la plus fréquente, et il n'est pas rare d'observer chez des hommes les formes convulsives particulières à l'hystérie.

Mais le pronostic me semble tout particulièrement sévère, en raison même des conditions psychologiques dans lesquelles se trouvent les sujets.

Ces malades, ouvriers pour la plupart, sont en droit de réclamer des indemnités aux sociétés industrielles qui les emploient. Cette situation même les met dans une disposition psychologique très défavorable à la guérison.

Je ne parle pas ici seulement des simulateurs, de ceux qui exagèrent leurs maux pour réclamer des sommes qui les mettent à l'abri du besoin ; j'ai en vue les ouvriers consciencieux ou les personnes de toute classe victimes, par exemple, d'un accident de chemin de fer. Ces malades savent d'avance que la compagnie responsable cherchera à réduire leurs prétentions, marchandera sur le montant de l'indemnité. Ils ont donc un intérêt tout naturel à noter soigneusement tous les troubles qu'ils ressentent, à leur donner le cachet de la réalité. Ils ne peuvent plus désirer la guérison avec la même ferveur ; la moindre amélioration pourrait entraîner la réduction de l'indemnité.

Ah ! si le médecin pouvait leur garantir la guérison certaine, définitive, beaucoup de ces malades n'hésiteraient pas à renoncer à toutes prétentions et préféreraient travailler que d'être secourus, mais c'est là que le médecin ne peut malheureusement pas être assez affirmatif.

Sans doute la guérison serait possible dans la plupart des cas par l'unique voie psychique. Le cas publié récemment par Grasset est typique sous ce rapport : il s'agit d'un hystéro-neurasthénique traumatique guéri d'un jour à l'autre, parce qu'il a rêvé la nuit précédente qu'il était guéri !

Mais comme il s'agit ici d'une question où la mentalité du sujet est en cause, il nous est impossible de faire naître toujours cette conviction de guérison et de l'entretenir. Le malade, en procès avec ses patrons, n'est pas dans un état d'âme qui facilite cette suggestion bienveillante ; il est méfiant, et les difficultés dans lesquelles il se débat souvent pendant des années contribuent à aggraver son état mental. Aussi voit-on les manifestations hystériques s'éterniser, aboutir à cette permanence qui semble

indiquer des altérations organiques, ou le mal évoluer vers les psychoses confirmées.

Le pronostic fâcheux de ces psychonévroses traumatiques peut être dû aussi au fait qu'elles naissent sous l'influence d'une émotion violente chez des gens qui étaient à peu près normaux auparavant. L'agent provocateur agit assez puissamment pour qu'il n'y ait pas lieu d'admettre une prédisposition très marquée, un état latent d'hystérie. La « fracture » du moral se fait brusquement, et c'est en toute sincérité que le malade croit reconnaître dans l'accident, c'est-à-dire dans une influence qu'il estime purement physique, l'unique cause de son état maladif. Il est peu disposé à accepter des conseils de tenue morale et à aider le médecin dans ses tentatives de traitement psychique.

Et pourtant ce serait là le bon moyen de diminuer le nombre de ces névroses traumatiques qui deviennent de plus en plus fréquentes. Les lois pour la protection de l'ouvrier ont contribué à multiplier ces accidents nerveux. Elles engagent le blessé à bien noter tous ses maux, l'empêchent de les traiter par le mépris.

Le médecin, tout en gardant tout son intérêt pour le malade confié à ses soins, devrait savoir lui inculquer ce stoïcisme au petit pied. Les questions d'indemnité devraient être résolues promptement, sans procès et dans un esprit de large équité.

Il serait plus facile alors de faire intervenir l'action morale, la seule efficace dans ces états psychopathiques.

J'ai réussi souvent par cette voie à dissiper à tout jamais les troubles nerveux, mais c'étaient précisément des cas dans lesquels l'ouvrier, estimé de ses chefs, nécessaire à l'entreprise, trouvait en face de lui non des adversaires, mais des protecteurs. Cette situation est excep-

tionnelle. Dans la plupart des cas les accidents s'aggravent au contraire, deviennent incurables ou s'améliorent subitement quand le malade a enfin touché une grosse indemnité.

Or ces guérisons, toutes naturelles quand on a bien saisi l'influence du moral sur le physique, amènent bien des légistes, le public, et même des médecins, à l'idée erronée que le malade est un simulateur. Ce reproche est injuste et, blessé dans son amour-propre, le malade s'entête, pour ainsi dire, à rester malade.

Ces considérations sur l'hystérie pourront paraître banales à la plupart de mes confrères qui, tous, ont pu constater ces guérisons rapides obtenues par une influence psychique. Si j'ai insisté sur ce point, c'est que je vois encore souvent des malades rester hystériques pendant des années et je constate, avec regret, qu'on n'a nullement songé à dissiper les autosuggestions pathogènes.

VINGT-HUITIÈME LEÇON

Troubles de la motilité ; spasmes, tics, myoclonies. — Intervention de la mentalité. — Crampes professionnelles ; influence de la gêne, de la timidité. — Tics ; Charcot, Brissaud, Meige et Feindel. — Discipline psycho-motrice. Kinésithérapie et psychothérapie. — Avantages d'une psychothérapie pure dans les cas où domine l'élément phobie.

Le rôle étiologique joué par l'idée semble au premier abord moins reconnaissable dans ces troubles variés de la motilité qu'on désigne sous le nom de spasmes, de tics, de myoclonies, et l'on est loin d'être d'accord sur la place que doivent occuper ces affections dans le cadre nosologique. Je n'envisage pas ici les phénomènes convulsifs qui sont dus à des affections organiques du cerveau, de la moelle ou des nerfs périphériques, ni les « spasmes » proprement dits qui, selon la définition de Brissaud, constituent « une réaction motrice résultant de l'irritation d'un point quelconque d'un arc réflexe spinal ou bulbo-spinal ». Je n'ai en vue que ces mouvements involontaires dans lesquels intervient la mentalité du sujet.

Avant de se demander s'il y a du psychique dans l'affaire, il faut avoir exclu l'existence d'une affection organique, il faut avoir constaté l'absence d'irritation matérielle déterminant le mouvement convulsif par la voie nerveuse, physiologique. On est alors en droit de supposer une influence psychique et, quand on analyse ces désordres, qui paraissent au début périphériques, on

découvre facilement chez les malades les symptômes d'un nervosisme généralisé.

J'ai observé un grand nombre de cas de crampe des écrivains, des télégraphistes, des pianistes, des trayeurs de vaches. Sans doute la répétition fréquente de ces mouvements professionnels a été la cause dernière de l'affection, mais ce surmenage ne suffit pas à éclairer l'étiologie. Tout d'abord ce surmenage n'existe pas toujours et l'on peut voir la crampe survenir chez des individus qui écrivent peu ; je l'ai vue chez des employés dont le rôle se bornait à donner à de rares intervalles leur signature.

Pendant longtemps j'ai cru reconnaître à ces « crampes fonctionnelles » une cause physique périphérique. J'ai constaté souvent dans le domaine des muscles atteints, dans le thénar et le premier interosseux, des altérations très nettes de la réaction électrique ; au début de l'affection l'hyperexcitabilité faradique et galvanique, plus tard l'hypoexcitabilité. Ce sont là des symptômes qui semblent indiquer une modification de structure du tronc nerveux, peut-être un processus inflammatoire, névritique ; il est souvent accompagné de douleurs.

Évidemment tout cela est matériel. Ces malades paraissent être plus vulnérables au point de vue somatique ; ils ont une fatigabilité anormale comme les neurasthéniques. Je connais des sujets atteints de crampes fonctionnelles qui ne peuvent supporter la station debout, le corps penché en avant, sans éprouver aussitôt des douleurs de lumbago ; d'autres sont pris de torticolis au moindre mouvement brusque ou maladroit des muscles du cou ; la crampe douloureuse s'établit aussitôt que les malades exécutent pendant quelques instants un mouvement inusité comme celui de manier le tournevis. En vertu d'une débilité spéciale leurs muscles sont plus épuisables.

Mais souvent la *contracture*, la *faiblesse*, la *parésie*, les *tremblements* ou les *douleurs*, car ces troubles fonctionnels peuvent revêtir ces différentes formes, apparaissent avant même que le mouvement ait commencé, *avant la fatigue*.

Il suffit, par exemple, que le malade prenne la plume pour que la crampe se produise non seulement dans le groupe musculaire mis en action, mais dans des muscles éloignés.

Deux de mes malades atteints de cette crampe du sternocléidomastoïdien et des rotateurs, qu'on appelle torticolis spasmodique, tournaient brusquement la tête, l'un au moment où je lui mettais la plume en main (il n'avait pas la crampe des écrivains), l'autre, un médecin, quand il appliquait la cuiller sur la langue du malade dont il voulait examiner la gorge. Ces mouvements des bras exigent, il est vrai, des efforts concomitants inconscients des muscles du tronc et de la nuque qui pourraient suffire pour amorcer le mouvement convulsif.

Mais il y a plus. Un de mes malades amélioré pouvait rester longtemps assis sans présenter le moindre mouvement de rotation aussi longtemps que je parlais avec lui de choses indifférentes. Sa tête partait comme mue par un ressort quand je lui posais la question : Comment cela va-t-il ?

J'ai pu renouveler bien des fois chez le même sujet cette expérience qui démontre l'influence de la représentation mentale, de l'attention, sur la crampe.

Chez d'autres malades j'ai pu constater l'influence de la gêne, de la timidité.

Un chef de gare, qui écrivait sans peine dans son bureau, avait aussitôt la crampe quand il était obligé de donner sa signature au chef de train. Il reconnaissait lui-

même que la crainte de ne pouvoir écrire était l'unique cause de son impuissance momentanée ; il se sentait exposé aux moqueries des employés subalternes qui l'entouraient.

Un commis n'a été pris de la crampe des écrivains qu'à partir du jour où il a dû subir la présence d'un chef de bureau qui l'intimidait et qu'il jugeait lui être hostile.

Nous voilà déjà loin des causes physiques. Je ne nie nullement ces dernières ; j'admets sans peine chez ces malades une fatigabilité toute somatique, une débilité constitutionnelle. J'ai pu reconnaître souvent que cette disposition spastique avait été exagérée par le surmenage, l'alcoolisme, le tabagisme, par des influences bien matérielles ; soit, mais je ne puis méconnaître le rôle évident des faits de conscience, des sentiments de timidité, de crainte, qui interviennent constamment dans la statique et la dynamique musculaires. N'oublions pas que dans toute fatigue il y a un élément de ponophobie, de conviction anticipée d'impuissance. On le constate facilement chez ces malades.

Le médecin double ses moyens thérapeutiques quand il sait joindre à des prescriptions rationnelles, repos, alimentation convenable, des conseils d'hygiène morale destinés à éliminer les causes psychiques du mal, les états d'âme qui font naître et entretiennent les habitudes vicieuses.

Les « tics », en raison même du déclanchement trop facile qu'ils dénotent, sont d'un pronostic assez sévère, particulièrement dans la forme complexe que Gilles de la Tourette a décrite sous le nom de « maladie des tics » et qui s'accompagne de coprolalie, d'écholalie et d'autres manifestations vésaniques.

Cependant, dans bien des tics, on peut surprendre

l'influence mentale, la transformation du geste, d'origine psychique, en tic, en apparence automatique.

Charcot, Brissaud ont depuis longtemps attiré l'attention sur l'état mental spécial, les bizarreries, le déséquilibre des « tiqueurs ». Henri Meige[1] a tout particulièrement insisté sur cet état mental et montré le parti qu'on peut tirer de ces notions pour la thérapeutique.

Il signale chez ces malades la *volonté débile*, *instable*, *l'émotivité exagérée*, *le manque d'équilibre* et *de pondération*. Il n'hésite pas à qualifier d'*infantilisme psychique* ces imperfections morales et surprend chez ses malades les stigmates de la dégénérescence. Il montre la parenté des *tics* avec les *idées fixes*, les *obsessions*, les *phobies*.

Et il conclut : « Enfin la connaissance de l'état mental des tiqueurs a une importance pratique de premier ordre. Le traitement des tics en dépend tout entier. Celui-ci, en effet, doit avoir un double objectif : la correction de la manifestation motrice intempestive et la correction des anomalies psychiques du tiqueur. On agira d'autant plus efficacement sur les troubles moteurs que l'on connaîtra mieux les défectuosités mentales auxquelles ils sont intimement liés. »

La transformation graduelle du geste en tic se montre bien clairement dans ces mouvements divers auxquels se livrent les névrosés en présence du médecin ou toutes les fois que leur attention est portée sur eux-mêmes. Parfois ce ne sont que des manifestations de gêne, de timidité, c'est le geste du jeune homme interloqué qui tourne son chapeau entre ses doigts, se gratte l'oreille ou le cuir chevelu, frise convulsivement sa moustache. Nous avons

1. H. Meige et E. Feindel, *L'état mental des tiqueurs*. Communication faite au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France (Limoges, 2 août 1901).
H. Meige et E. Feindel, *Les tics et leur traitement*. Paris, 1902.

tous de ces petites manies quand nous sommes en face des autres, alors même que nous n'éprouvons pas nettement l'émotion psychique de la gêne.

L'idée de se servir accidentellement de ses dents pour rogner un ongle est naturelle ; nous cherchons aussi à arracher une pellicule épidermique qui se détache de nos lèvres. Chez les débiles mentaux qui ne peuvent résister à leurs impulsions tous ces mouvements arrivent à l'automatisme. Cela devient une manie. On a désigné sous le nom d'onychophagie et de cheilophagie ces habitudes vicieuses, parfois incurables.

Chez les malades ces désordres de la motilité sont bien plus marqués ; ils dénotent des phobies, d'étranges convictions d'impuissance.

Mme X. est une israélite de vingt-huit ans, un peu dégénérée, mal proportionnée. La tête est grosse, les jambes démesurément courtes. La démarche est vacillante comme celle d'un canard.

Impressionnable, émotive à l'excès, elle a au plus haut degré l'agoraphobie. Ressentant parfois une angoisse respiratoire, elle a l'idée fixe qu'elle doit respirer volontairement pour ne pas étouffer. Aussi prend-elle beaucoup de peine pour donner à sa bouche la forme convenable et cherche à soulever le thorax à intervalles réguliers. Tous ces mouvements, automatiques d'ordinaire, sont chez elle voulus et partant s'exécutent maladroitement.

Dans la conversation elle n'écoute que distraitement ; on la sent continuellement préoccupée d'elle-même. Son anxiété se traduit par une foule de mouvements inconscients. Tantôt elle fourre rythmiquement son index entre les feuillets du portefeuille qu'elle tient à la main, tantôt elle noue son mouchoir autour de ce dernier. Elle donne à l'un de ses pieds une attitude étrange, s'efforçant de le

tourner en dehors au point de mettre le talon au premier plan. Elle rejette la tête en arrière par mouvements saccadés comme pour remettre son chapeau en place. Et, pendant ce temps, elle n'oublie pas sa respiration et s'efforce d'en entretenir la soufflerie.

Autre exemple.

Un abbé atteint de neurasthénie grave a été longtemps en proie à des craintes au sujet de son cœur. Intellectuellement il a compris mes encouragements et il est bien persuadé qu'il n'a aucune affection cardiaque.

Mais, par moments, il est repris de ses craintes ; elles le saisissent en dépit de sa conviction raisonnée et alors le voilà qui plonge brusquement, en des mouvements rythmés, son index à travers l'ouverture de sa soutane et de sa chemise, comme s'il allait toucher la pointe du cœur.

Ce n'est plus le mouvement naturel qui nous ferait appliquer la main sur un cœur malade comme pour en modérer les pulsations ou les constater. C'est un tic brusque, sans but, involontaire, déterminé comme un réflexe par l'angoisse qui saisit le malade.

En présence de ces mouvements involontaires, de ces tics intermittents naissant par la voie des émotions les plus diverses, la tenue des médecins n'est pas toujours ce qu'elle devrait être. Il leur paraît rationnel d'exiger de leurs malades un vigoureux *effort de volonté*. Les malades eux-mêmes s'imaginent parfois pouvoir réprimer leurs mouvements en se retenant.

Or c'est là, en général, peine perdue.

L'attention du malade est alors portée sur le tic, sur les sensations ou les idées qui l'ont provoqué, et l'impulsion devient plus irrésistible encore.

Dans la conversation avec ces malades je feins de ne pas remarquer leurs mouvements, je ne leur en parle pas

et je cherche à calmer l'émotion primaire, la crainte de la maladie ; je fais naître chez eux la conviction de l'intégrité des organes, élevant leur esprit à des conceptions élevées de stoïcisme, de confiance en soi-même. Le malade alors s'intéresse au sujet, pense avec intensité ; il oublie sa carcasse et bientôt, séance tenante, je vois cesser le geste maladif.

Il reviendra, ce mouvement intempestif, dans la même journée, le lendemain ; il pourra présenter même des recrudescences inquiétantes. Il ne faut pas se décourager. Peu à peu, par la répétition de ces séances psychothérapiques, la conviction de santé s'établit, les craintes n'ont plus de base sérieuse et, à mesure que l'équilibre mental revient, les tics cessent avec l'état émotionnel qui les avait fait naître.

Il y a un abîme entre cette psychothérapie qui fait *oublier le mal* et cette autre qui le *remet constamment sous les yeux du malade* et réclame d'un déséquilibré, d'un aboulique, un effort sur soi-même dont nous sommes à peine capables. Le geste n'est que la réaction ultime ; pour le supprimer il faut couper court au phénomène d'idéation qui le motive.

F. Brissaud et Henri Meige [1] ont bien saisi le rôle de la mentalité dans les tics et institué, sous le nom de *discipline psychomotrice*, une psychothérapie très rationnelle. Considérant les tics comme l'expression d'un automatisme fâcheux, ils cherchent à développer le pouvoir frénateur et correcteur de l'écorce cérébrale. Ils arrivent à ce résultat par une discipline méthodique de l'immobilité et du mouvement. Ils remplacent un acte moteur absurde et excessif par le même mouvement exécuté logi-

1. F. Brissaud et Henry Meige, *La discipline psychomotrice*, Archives générales de médecine, 1903.

quement et correctement et, très justement, ils insistent pour donner à ce mouvement gymnastique le caractère d'un acte voulu par le sujet dans un esprit de confiance en soi-même.

Leur traitement est à la fois kinésithérapique et psychothérapique. Il s'applique aux *crampes fonctionnelles* ou *professionnelles*, au *bégaiement*, aux manifestations motrices des états psychopathiques ou *stéréotypies*. Ils l'étendent aux *obsédés*, aux *agoraphobiques* qu'ils entraînent à gagner chaque jour quelques pouces de terrain dans la voie qui leur fait horreur.

Je ne doute pas de l'efficacité de ce traitement fondé sur une judicieuse analyse de ces troubles de la motilité où jusqu'alors on avait si peu reconnu l'influence psychique. Je n'hésiterai pas à en faire usage dans les cas qui me paraîtront justiciables de cette méthode.

Je dois dire cependant que mes vues psychothérapiques sont un peu différentes. L'entraînement a ses dangers, soit parce qu'il fixe l'attention sur le désordre fonctionnel, soit parce qu'il expose le malade au découragement dans le cas d'insuccès.

Dans tous les cas où une phobie, une crainte irrationnelle, vaine, motive ou les mouvements intempestifs ou l'impuissance du sujet, je préfère dissiper, par la conversation psychothérapique, cet état d'âme primaire, au lieu de pousser le malade à une gymnastique, si graduée soit-elle.

Je n'envoie pas mes agoraphobiques à la bataille, leur enjoignant de faire quelques pas sur une place, je ne fais pas faire des mouvements rationnels à mes tiqueurs quand je surprends chez eux l'influence d'une phobie, d'une timidité. Au contraire, je les mets à l'abri des insuccès, n'exigeant rien d'eux, de leur volonté. Il faut que peu à peu ils reprennent confiance en eux-mêmes,

oublient leur mal, leurs insuccès passés. L'automatisme diminue ou cesse alors parce qu'il n'est pas entretenu par la répétition. J'arrive ainsi au résultat par une pure *psychothérapie*, *sans kinésithérapie*.

Cette méthode, quelque peu différente de celle de Brissaud et de Meige, n'est applicable qu'aux cas dans lesquels il est possible de dégager l'idée-mère, le sentiment qui motive le tic ou l'impuissance. La discipline psychomotrice reprend tous ses droits quand le tic est plus autonome, qu'il est difficile de préciser son origine psychique ou que le manque d'intelligence du malade ne permet pas de s'adresser à sa raison.

Le choix entre ces différents moyens dépend beaucoup de la mentalité du médecin. L'un réussira mieux par la gymnastique rationnelle, l'autre aura plus de confiance dans sa parole convaincante. Avec un peu de tact on peut associer les deux moyens quoiqu'ils soient, en un certain sens, opposés, l'un exigeant l'attention, l'autre l'oubli.

Les mêmes principes m'ont guidé dans le traitement des *phobies* de toute nature. Jamais je n'exige de ces malades un effort sur eux-mêmes, des tentatives pour exécuter l'acte qu'ils craignent. Je me borne à leur marteler en tête les idées directrices suivantes :

1° Ne laissez jamais subsister dans votre esprit une crainte vague, indéfinie ;

2° Précisez l'objet de votre crainte. Ne vous contentez pas de répondre au *pourquoi* que vous vous posez, par un *parce que*, tout court.

3° Mettez toute votre logique à constater si cette crainte est légitime ou ne l'est pas.

Je ne demande que cette vue claire de l'esprit, cette correction de l'intention.

Sans doute je suis heureux si le malade, dans le cours

du traitement, peut m'annoncer un succès, mais je tiens si peu à cette démonstration que je laisse souvent partir des malades qui, pendant les quelques semaines de leur séjour, n'ont réussi ni à traverser un pont, ni à dîner à table d'hôte, ni à monter dans un tramway. Leur guérison est toute spirituelle ; elle est encore une foi sans les œuvres. J'ai pu constater fréquemment que les œuvres suivent et que les malades, rentrés chez eux, ont réussi à accomplir des actes qu'ils n'avaient osé aborder depuis plusieurs années.

Le pronostic des phobies les plus absurdes m'apparaît bien meilleur depuis que j'ai employé, avec une inlassable patience, ce traitement par la logique.

Les myoclonies étendues, suivant le type du « paramyoclonus multiplex » de Friedreich, paraissent incurables ou en tous cas très rebelles. Mais on rencontre chez des sujets neurasthéniques, hystériques, déséquilibrés, des états myocloniques plus localisés qui se rapprochent des tics et guérissent assez facilement par le traitement psychique. Le cas suivant en est un bel exemple.

M. H. est un jeune homme de vingt ans qui, dès l'âge de neuf ans, a été sujet à des *terreurs nocturnes*. Il se dépeint lui-même comme ayant toujours été *irritable*, *colérique ;* il a souffert de *maux de tête* et a été dispensé du service militaire pour sa myopie.

Petit, trapu, il a une démarche qui rappelle légèrement celle des grands anthropoïdes. Le front est bas, la face prognathe, les cheveux et la barbe sont mal implantés ; les oreilles attirent l'attention. Malgré ces stigmates, le jeune homme est bien doué, intelligent.

En 1896, six ans avant que je le visse, le malade a été pris au collège de contorsions du visage, du bras et de la jambe du côté droit. Ces mouvements intempestifs ne

durèrent que quelques instants et ne reparurent, sous la même forme, que trois mois après.

Bientôt les crises devinrent plus fréquentes, se répétèrent plusieurs fois par jour, à intervalles réguliers surtout pendant les heures d'étude, si bien que le malade dut interrompre son travail et passer plusieurs mois chez un médecin qui le bourra de bromure (jusqu'à 15 grammes par jour !).

L'état s'améliora peu à peu, mais la reprise du travail amena une prompte récidive.

Une cure d'hydrothérapie faite en 1898 resta sans effet. On essaya successivement divers médicaments, la lactophénine, l'antipyrine, sans succès. Cependant, spontanément, les crises diminuèrent et semblèrent cesser en 1899. Une furonculose les fit renaître plus violentes que jamais. Le malade fut alors placé dans la clinique d'un neurologiste qui lui fit suivre une cure de Weir Mitchell pendant laquelle le poids du corps s'éleva de 9 kilogrammes. Le repos, l'isolement furent prolongés pendant sept mois. Le malade sortit amélioré mais non guéri.

Au moment où je vois le malade les crises ne sont plus complètes ; le mal est plus localisé et l'accès consiste dans un mouvement de pronation de l'avant-bras avec extension de la main et du pouce, accompagné d'un mouvement synchrone du pied en dehors. Il y a une certaine analogie entre cette crampe tonique et le mouvement que fait le joueur de boules quand sa boule dévie et qu'il voudrait encore la diriger par un geste suggestif.

Ces contractions durent environ quinze secondes et se renouvellent trois ou quatre fois par jour ; dans les périodes les plus mauvaises il avait environ quinze crises dans les vingt-quatre heures.

Mon malade a déjà subi des cures de repos, d'isole-

ment, de suralimentation. Je n'ai plus la ressource de ces moyens matériels et je vois d'un coup d'œil qu'il ne me reste que l'influence morale. Je ne crains pas de l'avouer franchement au malade et je procède de la façon suivante :

Tout d'abord je justifie à ses yeux la cure de repos qu'il a subie et qu'il critique avec peu de bienveillance. Je lui montre que, si elle a été peut-être un peu trop prolongée, elle a eu l'avantage de le fortifier et qu'elle a amené une amélioration notable. Je lui déclare que j'aurais recouru au même traitement si j'avais eu à le soigner au début de sa maladie.

J'expose alors au malade mes vues sur l'intervention de l'idée dans les affections spasmodiques. Je lui explique les effets de la crainte, de l'attention expectante. J'insiste pour lui faire comprendre que la répétition même des crises rend le « déclanchement » toujours plus facile, la « détente » trop libre, et qu'il y aurait un grand intérêt à diminuer le nombre des accès journaliers. Mais j'ajoute que ce résultat n'est possible que par la voie psychique puisque le traitement physique ne l'a pas guéri. Et, sans hésiter, je conseille dans ce but la tenue stoïque, l'indifférence vis-à-vis du symptôme.

Si votre crampe, lui dis-je, s'accompagnait de phénomènes très douloureux, je n'oserais peut-être pas vous conseiller ce mépris de la souffrance. Mais, vous le dites vous-même, ce n'est pas douloureux ; c'est un geste involontaire qui dure quelques secondes. Est-ce vraiment trop exiger de vous que de vous dire : N'y pensez plus, faites comme si cela n'existait pas ?

Sans autre traitement, dans les conditions d'une simple villégiature, sans repos, sans isolement, les crises diminuèrent rapidement de fréquence et au bout de quinze jours le malade était guéri.

Une influence toute morale détermina une récidive.

Le malade ayant encore huit mois devant lui avant de reprendre ses études, j'avais conseillé un séjour à la campagne chez un médecin. J'espérais consolider ainsi la guérison et ramener peu à peu le jeune homme à une activité régulière. Mais j'avais compté sans le père, un « self made man » autoritaire, qui trouva bon de garder son fils à la maison.

Le jeune homme en fut très contrarié. Confiant dans l'utilité de ce supplément de cure, il se mit en tête que la négligence de mes prescriptions allait compromettre le résultat obtenu ; et en effet les crises reparurent, si bien qu'au bout de deux mois on me le ramena.

Je réussis à convaincre le père, à lui montrer que sa conduite vis-à-vis de son fils avait seule causé la récidive et, remettant le malade en traitement psychique, je n'eus pas de peine à le ramener à l'oubli de ses maux.

Il comprit mieux encore l'action du moral sur le physique quand j'analysai avec lui les causes de la rechute.

J'eus soin de lui faire remarquer que ce n'était pas le dépit, en tant que mouvement émotionnel, qui avait ramené, par voie nerveuse, les accidents, mais que c'était l'*idée* qu'il s'était faite : mon père ne veut pas faire ce que le médecin a conseillé ; eh bien, il verra, je vais être repris de mes crises !

Et toujours préoccupé de la tenue morale future j'ajoutai :

Je crois avoir dans ma conversation amené votre père à des idées plus justes ; je lui écrirai encore et j'ai tout lieu d'espérer qu'on vous accordera ce séjour chez un médecin. Mais n'allez pas faire dépendre votre guérison d'événements indépendants de votre volonté, ne soyez

pas à la merci des décisions d'autrui. Prenez la ferme résolution de guérir et dites-vous : Si mon père cède, tant mieux ; s'il ne veut pas comprendre, tant pis ; cela ne m'empêchera pas de guérir.

Le jeune homme comprit au premier mot ces conseils et l'amélioration ne se fit pas attendre. Les quelques crises qu'il eut encore dans la quinzaine du traitement nous fournirent à tous deux l'occasion de constater l'influence morale.

Un jour je le trouve dans mon cabinet et je remarque qu'il se lève avec une grande lenteur.

— Qu'avez-vous donc ? êtes-vous courbaturé que vous vous mouvez si lentement ?

— Non, répondit-il, mais j'ai remarqué que quand je me lève vite, mes crampes reviennent plus facilement.

— Comment, mon ami, je vous ai dit de négliger vos maux, de faire comme s'ils n'existaient pas, et vous voilà prenant des précautions pour les éviter ! Ne savez-vous donc pas que c'est là le meilleur moyen de ramener les crises ?

Le malade comprit et me signala le lendemain une nouvelle preuve de l'intervention de l'idée en me disant : J'ai eu une crise hier, mais j'ai vu d'où elle venait et cela ne m'arrivera plus. En me mettant à table j'ai offert ma chaise à une dame et allant en prendre une autre je me sentis gêné ; je me suis dit : les gens vont te regarder, ta crampe va revenir ! Et en effet elle est revenue. Mais soyez tranquille, je ne me laisserai plus saisir par cette appréhension.

Le malade fit encore, sans récidive, le séjour à la campagne que je lui avais proposé. Je l'ai revu un an plus tard et la guérison s'est maintenue.

Dans tous les états spasmodiques avec contractions clo-

niques ou toniques qui ne relèvent pas d'affections cérébrales, médullaires ou périphériques, dans tous les tremblements qui ne sont pas symptomatiques de la sénilité, de la sclérose en plaques, de la paralysie agitante, d'intoxications avérées, il faut songer à l'influence psychique, aux sentiments de timidité, de défiance de soi-même, qui entravent l'action musculaire ; il ne faut pas oublier l'attention expectante qui favorise la transformation de l'idée en acte, à l'insu même de la personne agissante.

Dans les contractures permanentes qu'on observe surtout dans l'hystérie il est plus difficile de retrouver une origine psychique. Dans certains cas où la contracture succède à un traumatisme, à un effort musculaire, on peut supposer qu'elle s'établit par autosuggestion, comme les paralysies psychiques consécutives à la contusion d'un membre. La facilité avec laquelle on provoque des états de contracture, de catalepsie par la suggestion, dans l'hypnose et à l'état de veille, donne quelque idée de ce mécanisme.

Mais la nature psychique de ces phénomènes est démontrée beaucoup plus nettement par les guérisons subites à la suite d'une influence purement morale. Une de mes malades, atteinte de contracture du pied gauche datant de plusieurs mois et accompagnée de fièvre hystérique, guérit du jour au lendemain parce que, isolée et errante jusqu'alors, elle trouva un asile dans la maison de son frère ; la joie l'avait guérie.

Une autre dont le cou et la mâchoire étaient immobilisés depuis des années et qui avait subi sans succès les traitements médicamenteux et chirurgicaux des cliniciens les plus renommés, trouva la guérison subite dans la piscine de Lourdes.

Par la suggestion brutale comme par la persuasion douce, par la menace comme par la bienveillance, on peut faire cesser ces désordres de la motilité alors même qu'on n'a pas pu surprendre l'idée pathogène.

Dans tous ces états où l'on reconnaît l'influence des représentations mentales, il faut recourir à une psychothérapie fine, déliée, utilisant pour arriver à son but toute la gamme des sentiments.

La plupart des médecins mettent cette influence morale au second plan, espérant plus des mesures physiques, gymnastique passive ou active, massages, applications locales, électricité. Si même ils sont sceptiques sur l'efficacité réelle de ces moyens, ils les considèrent comme bons pour suggérer la guérison.

Sans doute ces procédés peuvent donner des succès, mais ils sont souvent dangereux : ce sont des armes à double tranchant. Cette thérapeutique locale entretient chez les malades l'idée d'un mal local, fixe l'attention sur l'organe gêné dans son fonctionnement.

J'ai vu beaucoup de malades qui ont dû à cette thérapeutique la chronicité de leur mal. Il vaut mieux, à mon avis, oublier l'accident local, lui donner une importance moindre dans l'esprit du malade, « diluer » pour ainsi dire son mal en le décrivant comme plus étendu, plus psychique. C'est facile quand on étudie la mentalité du malade et qu'on lui fait mettre le doigt sur ses tares psychiques.

On fait naître alors cette appétence de guérison qui corrige la mentalité psychopathique, et le mal local, ancien, rebelle, est emporté, on ne sait comment, dans ce mouvement de régénération psychique. J'insiste à dessein sur cette donnée capitale que, dans toutes ces maladies où domine l'influence psychique, il faut détourner

l'attention du malade du mal qui l'inquiète, le lui faire oublier.

Au point de vue étiologique et thérapeutique on peut rapprocher de ces phénomènes spastiques les troubles vaso-moteurs. Sous le nom d'obsession de la rougeur, d'éreuthophobie, on a décrit ces états angoissants pour le malade dans lesquels la rougeur survient à tout propos, où la peur de rougir suffit pour faire rougir.

Il est facile de constater chez ces sujets les signes du nervosisme ; ce sont des neurasthéniques, des déséquilibrés. Il est évident aussi qu'ici la cause est toute psychique et que nous n'avons pas d'autres ressources que celle de la psychothérapie. Ce n'est pas avec des douches et du bromure qu'on empêchera ces mouvements émotifs. Il n'est pas possible ici de faire de la kinésithérapie. Il faut découvrir la gêne, la timidité, les préoccupations diverses qui chassent le sang au visage ; il faut rendre au malade la confiance en lui-même. Il en est ainsi dans toutes les réactions physiologiques qui succèdent à l'émotion, larmes, battements de cœur, dyspnée, troubles intestinaux. Il faut remonter à l'origine du mal, dissiper l'état d'âme primaire qui a amené les troubles fonctionnels.

VINGT-NEUVIÈME LEÇON

États d'impuissance motrice divers; leur origine psychique. — Paraplégie, astasie-abasie hystériques. — Symptômes stasophobiques et basophobiques dans le cours d'autres psychonévroses. — Exemple de guérison par la psychothérapie pure.

Les états de paralysie et d'astasie-abasie font partie de la symptomatologie de l'hystérie. Chacun connaît ces paralysies localisées dans un groupe musculaire fonctionnel, survenant à la suite d'une autosuggestion connue ou inconnue et susceptibles de disparaître comme elles sont venues sous une influence suggestive. Le fait est banal dans le domaine de l'hystérie traumatique.

Ce que l'on sait moins c'est qu'un simple rêve peut engendrer ces impuissances motrices. J'ai vu survenir la paralysie du bras droit chez une fillette qui, en rêve, avait défendu son chien attaqué par une vache et avait frappé à coups redoublés sur l'agresseur.

Et pourtant il faudrait se souvenir de ces cas démonstratifs comme celui de Grasset où le rêve provoqua la guérison. Une seule constatation de ce genre suffit pour nous éclairer sur la nature de ces paralysies et nous dicter notre conduite.

Il y a des cas complexes où le diagnostic doit se faire par exclusion, en éliminant peu à peu par un examen consciencieux les paralysies cérébrales médullaires, radiculaires, périphériques.

Le plus souvent la forme même de l'état paralytique,

la distribution de l'impuissance motrice ou des troubles de sensibilité qui l'accompagnent, l'état mental des sujets suffisent pour asseoir le diagnostic.

Le doute n'est en général pas permis quand il s'agit de la paraplégie hystérique survenant subitement sous l'influence de la colère, du dépit, de la frayeur. Elle s'accompagne le plus souvent de contracture en extension, d'anesthésie. Elle est le résultat d'une sidération psychique et n'est que l'exagération du sentiment d'impuissance motrice qui s'empare de nous dans l'émotion et que nous exprimons en disant que « nos jambes se dérobent sous nous ». Passager chez l'homme normal, le phénomène devient durable chez l'hystérique toujours disposée à donner de la réalité au moindre désordre fonctionnel.

L'influence qu'exerce la seule conviction de guérison est facile à démontrer pour ces cas si fréquents dans la pratique journalière.

Mme W., à la suite d'une altercation avec sa cuisinière, est frappée de paraplégie. Je trouve la malade au lit, très inquiète de ce qui lui arrive. Les jambes sont dans l'extension, tétanisées, et la malade est incapable de faire le moindre mouvement. La sensibilité à la piqûre est abolie sur toute la surface cutanée des extrémités inférieures et l'anesthésie cesse brusquement au pli de l'aine.

Pendant que je l'examine, la malade me demande : Est-ce grave, devrai-je rester longtemps au lit ?

— Grave ? Pas le moins du monde, ce n'est qu'une faiblesse nerveuse provoquée par l'émotion ; dans trois jours vous serez sur pied !

Puis, prenant à part les parents, j'ai soin de leur dire : vous avez entendu, j'ai dit qu'elle serait guérie dans trois jours ; j'aurais pu dire trois semaines, trois mois ou plus, car j'ai vu de ces paraplégies durer des années. Tout

dépend de l'idée que la malade se mettra en tête. Tâchez donc d'admettre que la malade guérira dans le délai fixé. Ne faites pas semblant de le croire, cela ne suffirait pas, croyez-le, croyons-le tous !

Sans autre traitement, la malade guérit et marcha dès le troisième jour.

Un ami m'a cité un cas analogue dans lequel le téléphone a amené la guérison.

Une dame, sous l'influence de la colère, tombe paralysée des deux jambes. Un médecin est appelé ; il prend un air grave, dit que les jambes sont paralysées, que cela durera longtemps et conseille le transfert à l'hôpital. Le mari se met en route pour accomplir les formalités nécessaires, la domestique sort pour des emplettes et la malade reste seule dans son lit.

Soudain la sonnerie du téléphone retentit. La malade tressaute, s'efforce d'appeler les voisins, mais personne ne répond. Nouvel appel téléphonique dont la vivacité dénote l'impatience de la personne qui attend ; la malade est au comble de l'agitation. Troisième appel, impérieux, prolongé, et la malade se lève, va au téléphone. Elle est guérie !

Remarquez les affirmations imprudentes du médecin. Il prononce le mot de paralysie, qui n'est pas même juste, médicalement parlant, quand l'impuissance est toute psychique, et qui est toujours interprété par le public dans un sens défavorable. — Il annonce que « cela durera longtemps », sans se rendre compte qu'il établit ainsi la suggestion qui entretiendra l'impotence fonctionnelle.

Autre exemple.

Mme S. est une névrosée qui a eu déjà autrefois des symptômes de parésie hystérique, de la tachycardie émotive, des états de découragement.

Elle vit dans une position dépendante, exposée à des ennuis, à des blessures d'amour-propre. Elle n'a pas d'appétit, dort mal ; elle a des maux de tête et peu à peu elle perd l'usage de ses extrémités inférieures.

La malade constate avec anxiété cette faiblesse et s'écrie : N'est-ce pas, je suis paralysée ?

En un instant je réfléchis : Si tu dis oui, la malade va se désespérer et elle sera paralysée ; si cet état dure longtemps la position deviendrait bien triste car la malade ne peut être soignée dans le milieu peu bienveillant où elle vit ; elle ne peut entrer dans une clinique particulière parce qu'elle est sans moyens d'existence, et elle est trop fière pour accepter l'hôpital.

Aussi sans hésiter, je réponds : Paralysée, que dites-vous donc là ? Vous n'avez qu'un peu de fatigue nerveuse bien explicable après les ennuis auxquels vous avez été exposée. Ne vous inquiétez pas, demain tout ira mieux.

La guérison survint en quelques jours.

Mensonge médical, direz-vous ; non, franchise, car une impotence psychique n'est pas une paralysie organique.

On a soigneusement distingué de la paraplégie les états d'astasie-abasie hystérique et l'on a eu pleinement raison au point de vue symptomatologique, car ces malades astasiques n'ont ni contracture, ni anesthésie et, incapables de se tenir debout, ils peuvent se servir de leurs jambes dans le décubitus dorsal. Phénomène plus étrange encore, ces malades, qui ne peuvent se tenir debout, peuvent quelquefois marcher, courir, sauter, danser, à condition de ne pas s'arrêter.

Mais au point de vue étiologique et thérapeutique, la distinction devient inutile. Comme dans la paraplégie, il s'agit de convictions d'impuissance ; elles ne peuvent être supprimées que par la parole.

Mlle B. est une jeune fille de dix-sept ans. Elle a subi en 1891 une opération plastique à l'anus qui l'obligea à rester pendant trois semaines au lit. Elle est nerveuse, n'a pas d'appétit, se plaint de douleurs dans le dos et dans la région ovarique.

La cicatrisation accomplie, on permet à la malade de se lever, mais la voilà qui ne peut se tenir debout, et pourtant, au lit, elle n'a pas trace de paralysie.

Les médecins appelés reconnaissent d'emblée l'astasie-abasie hystérique, mais, oubliant le mécanisme mental par lequel s'établissent ces impuissances, ils recourent à l'hydrothérapie, à la faradisation, à l'application d'aimants !

Mais c'est en vain : l'impuissance persiste, la rachialgie s'accentue et s'étend jusqu'à la nuque, et l'anesthésie classique se montre dans la jambe droite.

Le professeur Déjerine vit la malade cinq mois après le début des accidents. Il jugea la cure psychothérapique indispensable et sut être affirmatif, prédire la guérison ; il m'envoya la malade.

J'installai la jeune fille dans une clinique avec l'intention de lui faire subir une cure complète d'isolement, de repos et de suralimentation, et je m'attendais à voir les symptômes diminuer peu à peu sous l'influence de ces mesures physiques. Je n'avais pas encore à cette époque vu assez clairement que la guérison dépend uniquement de l'état d'âme.

Or, au sixième jour, alors que l'alimentation lactée insuffisante n'avait pas encore pu ramener les forces, alors que rien de physique n'avait encore agi sur la malade, elle m'annonça qu'elle pouvait se tenir debout. Quelques jours après elle marchait. Je la gardai encore quelques semaines pour combattre les autres troubles nerveux,

mais le symptôme de l'astasie-abasie avait disparu par la suggestion puissante qu'avait exercée le professeur Déjerine par ses affirmations consolantes et sincères.

La guérison survint plus lentement chez un garçon de dix ans que je vis bientôt après.

Le malade avait une hérédité très chargée : père aliéné, interné dans un asile ; mère acariâtre et colérique, morte d'une affection cérébrale ; grand-père paternel mélancolique interné pendant dix ans, tentatives de suicide ; un oncle également mélancolique, un frère souffrant du cœur et mélancolique.

Le jeune malade est pris en 1891 de fatigue générale, de vertiges, d'anorexie, de douleurs dans la colonne vertébrale qui le forcent à rester couché sur le côté. On constate des signes de congestion pulmonaire et on soupçonne l'influenza. Au bout de trois mois le malade semble convalescent, mais il ne peut se tenir debout ; il a, dit-il, le vertige.

Cet état s'aggrave ; il survient des vomissements, une paralysie de la jambe droite ; l'on songe à l'hystérie et, comme toujours, on recourt au massage, à la suggestion timide. Les vomissements et le vertige persistent et dans une consultation on émet l'hypothèse d'un néoplasme cérébelleux probablement tuberculeux.

Quand je vois le malade, sept mois après le début du mal, la symptomatologie s'est simplifiée et il est facile de reconnaître le tableau clinique de l'astasie. La cure Mitchell est instituée, mais comme je ne vois le malade que de temps à autre dans la clinique d'un confrère, je ne puis exercer sur lui toute mon autorité suggestive. Cependant la guérison survint au bout de cinq semaines, brusquement d'un jour à l'autre.

Le syndrome de l'astasie-abasie n'est pas toujours

aussi net que dans ces deux cas. On voit, par contre, des symptômes astasiques, abasiques ou mieux stasophobiques et basophobiques accompagnés d'autres désordres nerveux hytériques ou neurasthéniques.

Donnons un exemple de cette psychothérapie directe s'appliquant à des troubles de la motilité compliquée de quelques autres symptômes nerveux.

M. Y. est un avocat de quarante-six ans, bien constitué, sans maladie organique, intelligent, qui vient me consulter en 1897.

Il est, depuis douze ans, dans l'impossibilité de marcher plus de quelques minutes ; il ne peut se tenir debout qu'un instant et ne le peut qu'en mettant le genou droit sur une chaise et en se tenant au dossier.

Il a souffert quelquefois de rhumatismes et de laryngite, mais cette tendance arthritique est peu marquée chez lui et jusqu'en 1884 il s'est bien porté. C'est alors qu'à la suite d'une émotion violente causée par un incendie il sentit une certaine faiblesse dans les jambes. En 1886 il subit une nouvelle émotion. Il faillit perdre sa position et aussitôt cette faiblesse dans les jambes s'accentua. La mort d'un frère en 1887 lui donna le dernier coup et dès lors l'affaiblissement fit de continuels progrès.

« Mes marches, dit-il, qui étaient alors d'une dizaine de minutes, ont été déclinant de sept à huit minutes, et maintenant il est rare que je marche plus d'une minute de suite. En dehors des remèdes que j'ai absorbés, j'ai été aux bains de mer (ce qui a été très mauvais), j'ai été à Néris et à Lamalou, j'ai fait de l'hydrothérapie, de l'électricité, du massage, du magnétisme. J'ai été soigné par des homéopathes, des allopathes, des empiriques. Le drap mouillé m'a amené en 1890 une congestion rhuma-

tismale du poumon et depuis lors tout procédé balnéaire me congestionne, me donne des points, des douleurs rhumatismales. Je suis obligé de ne me laver qu'avec des alcools, tant je crains l'eau. J'ai eu de la phosphaturie et un peu d'albuminurie transitoire. Mon caractère, naturellement peu gai, est devenu triste.

« Donc : impossibilité absolue de stationner debout immobile, même seulement quatre à cinq secondes ; mais je puis me tenir debout sur une seule jambe, les yeux fermés, même pendant dix, quinze secondes, expérience que m'ont fait faire des médecins pour savoir si j'avais une lésion médullaire. Impossibilité de faire de suite plus de 100 à 150 pas.

« Impossibilité de faire dans toute la journée plus de 1 500 à 2 000 pas. Après chaque marche de 100 à 150 pas, long repos nécessaire. Depuis plus de dix ans je ne puis monter que jusqu'à l'entresol ; s'il faut aller plus haut, je me fais porter sur une chaise.

« Impossibilité de lire ou de parler à haute voix plus de quelques minutes ; donc : même faiblesse de la voix.

« Impossibilité de lire quelques pages sans que cela m'amène des cuissons dans les yeux et des troubles visuels ; donc : même faiblesse dans les yeux.

« Je puis entendre lire longtemps sans fatigue, mais je commence à le pouvoir un peu moins. Puissance de travail bien diminuée, cependant les facultés intellectuelles ne me paraissent pas avoir beaucoup baissé.

« En résumé : tous mes organes sont fort affaiblis. Je dépense en quelques minutes et même en quelques secondes la force que d'autres mettent plusieurs heures à dépenser.

« Intestins, depuis un an surtout, en fort mauvais état ; entérite rhumatismale qui ne s'est améliorée qu'avec des

précautions infinies. Il y a plusieurs années que les épinards me font mal, je ne puis manger ce qui est gras, et les haricots, les petits pois, les choux, les poissons de mer me sont défendus. Depuis un an le laitage, que j'aime beaucoup, me fait mal ; les œufs me donnent des douleurs au foie, qui est toujours engorgé. On a diagnostiqué tour à tour : neurasthénie, anémie de la moelle, rhumatisme de la moelle, troubles nerveux.

« Amaigrissement soit à la suite de mes maux d'intestins, soit à la suite d'un traitement magnétique trop fort, et j'ai maigri depuis un an de 30 à 35 kilogrammes (le malade ajoute à sa description un tableau calligraphié donnant son poids pour chacune des semaines de l'année 1897).

« Deux fois dans un pèlerinage à Lourdes j'ai subitement pu marcher pendant un quart d'heure dans la procession ; j'ai pu en faire autant le lendemain, mais au bout de quelques jours cette amélioration a disparu. La seconde fois j'ai pu me tenir debout et marcher seize minutes, mais aujourd'hui je suis au même point qu'avant. Ma guérison a figuré dans le journal de Lourdes et pour ne pas faire d'esclandre je n'ai pas envoyé de rectification. »

C'est dans cet état que le malade vint à moi, et je tiens à montrer que toute cette description permet de poser le diagnostic de nervosisme à coup sûr, même sans examen clinique, tant le malade décèle dans cet exposé sa mentalité neurasthénique, hypocondriaque.

1° Notre malade est un homme aux petits papiers qui décrit complaisamment son mal, se pèse pendant un an tous les huit jours et copie ses observations sur une grande feuille où tous les jours de l'année sont notés. C'est un fort beau travail calligraphique qui montre avec

quelle attention le malade constate les moindres variations de poids.

2° Il note année par année les accidents, remarque que ses parents étaient cousins-germains, signale les maladies et les émotions qui lui semblent avoir joué un rôle étiologique et il fait ce travail spontanément, avant toute question de la part du médecin.

3° Le rôle qu'il fait jouer aux émotions montre la nature psychique du mal.

4° Dans la description de son impuissance à marcher et à se tenir debout, le malade met une précision qui caractérise le neurasthénique. De dix minutes la durée de la marche tombe peu à peu à sept ou huit, puis à trois, cinq, enfin à deux, trois minutes ! Jamais un affaibli, un convalescent, ne vous donnera ces chiffres précis.

5° Pour la station il en est de même ; il ne peut se tenir debout que quatre, cinq secondes, tandis que les yeux fermés il arrive à dix ou quinze.

6° Dans la description de l'état actuel qu'il sépare correctement des antécédents, il revient sur la question de la marche. Il peut faire 100 à 150 pas, et dans la journée 1 500 à 2 000. Il peut monter à l'entresol, mais s'il faut aller plus haut il se fait porter. L'idée fixe d'impuissance motrice apparaît là dans toute sa netteté.

7° Il la retrouve, cette impuissance qui l'obsède, dans la lecture à haute voix et note en grandes lettres : faiblesse de la voix ; les yeux se fatiguent et il écrit : donc, même faiblesse dans les yeux.

Puis dans une IVme page, en chiffres romains, s'il vous plaît, il résume : Donc tous mes organes sont fort affaiblis.

8° Puis c'est le tour de l'intestin. Le malade a eu l'entérite (rhumatismale !) qui caractérise les nerveux con-

stipés. L'assimilation des aliments se fait mal et, spontanément ou sous l'influence des médecins, il évite divers aliments ; il maigrit tout en souffrant toujours. C'est l'éternelle histoire des dyspeptiques nerveux.

9° Il résume les diagnostics posés et, hélas, malgré l'évidence des symptômes neurasthéniques, on lui a parlé d'anémie de la moelle, de rhumatisme de cet organe (suggestions à rebours).

10° Enfin à Lourdes, sous l'influence de sa foi sincère, il a eu des moments d'amélioration.

Quand, en outre, les réflexions qu'inspirent ces dix constatations sont corroborées par l'absence de toute lésion matérielle, de tout symptôme d'affection cérébrale, médullaire ou périphérique, le diagnostic s'impose. Le malade n'est qu'un psychonévrosé phobique, qui croit à la réalité de toutes ces impuissances ; c'est une forme d'hypocondrie.

Le malade m'arrive admirablement préparé pour subir l'influence psychothérapique. Un beau-frère vient de subir la même cure avec un succès complet ; un ami en a retiré sinon la guérison, au moins de grands avantages. Le malade, impotent depuis douze ans, s'enthousiasme pour l'idée de cette cure et se pose le dilemme suivant : Ou bien le médecin me renverra et alors je suis perdu, ou il me gardera et alors je guérirai ! Après un court examen je fus fixé et je gardai le malade ; j'étais dès lors assuré du résultat.

Bien, lui dis-je, vous pouvez rester et vous guérirez ; voici quelles sont les mesures à prendre :

1° Vous allez vous mettre au lit pour six semaines. Il y a toujours dans ces états un épuisement plus ou moins réel et il y a avantage à réduire, pour un temps, les dépenses au minimum. La diminution du poids du corps fait également désirer ce repos complet.

2° Comme vous avez souffert de troubles dyspeptiques dont je vous expliquerai, en son temps, la genèse plus psychique que physique, vous allez faire six jours d'alimentation lactée pure, et ne venez pas me dire que vous ne la supportez pas ; le lait est *toujours* supporté. Après ces six jours, vous reviendrez à une alimentation copieuse, variée, sans choix aucun, et, pour vous remplumer, vous y ajouterez le lait entre les repas. — Vous me regardez avec un sourire sceptique ; perdez-le, cher monsieur ; je ne vous dis que ce que je sais !

3° Dès le septième jour on vous massera. Ce n'est pas là une mesure indispensable, mais elle remplacera le mouvement qui vous manque et favorisera la circulation intramusculaire et cutanée.

Quant à vos impuissances diverses, nous y reviendrons. Pour le moment fortifiez-vous, à la fois par la réduction des dépenses (repos au lit) et l'augmentation des recettes (suralimentation). Partez sur ces données et tout marchera à souhait.

Dès le troisième jour de ce repos je connaissais assez mon malade, son intelligence, sa rectitude de pensée, pour oser aborder la psychothérapie directe, pour combattre de front les autosuggestions et je pus lui dire : « Vous avez devant vous, en somme, six obstacles. Vous ne pouvez pas vous *tenir debout*, pas *marcher*, pas *lire*, et puis vous ne *mangez pas* comme tout le monde, vous n'arrivez pas à *avoir des évacuations régulières ;* enfin vous ne réussissez pas à *engraisser*. Eh bien, toutes ces barrières pourraient être renversées ou plutôt elles n'ont pas de hauteur, ces barrières. Elles n'existent que dans votre pensée ; elles sont comme le trait de craie sur le plancher qui arrête un hypnotisé par le seul fait qu'il veut bien croire à l'impossibilité de le franchir. Pensez-y !

Votre guérison dépend de cette conviction qui doit s'établir en vous et ne plus vous quitter !

Dans la troisième semaine le malade me dit :

« Docteur, trois des barrières sont déjà renversées ou plutôt, comme elles n'ont pas de hauteur, je les ai franchies sans effort. Tout d'abord, à mon grand étonnement, j'ai supporté le lait et la suralimentation ; j'ai mangé de tout et aucun des aliments que je considérais comme indigestes pour moi ne m'a fait mal. Pensez que le septième jour, après la diète lactée, j'ai mangé du poisson en mayonnaise ; je m'en étais privé depuis douze ans ! Puis mes selles se sont régularisées ; l'évacuation s'effectue à heure fixe tous les matins. Enfin, moi qui depuis des années cherche à m'engraisser sans y parvenir, j'ai fait chaque semaine mes 2 kilogrammes d'augmentation ! Mais ce qui me fait peur c'est la station debout, la marche, la lecture. Là je doute du succès !

Je vous comprends, lui dis-je ; ce sont là en effet les symptômes les plus fâcheux pour vous. Mais réfléchissez que vous n'avez aucune lésion organique, que vous n'êtes qu'un nerveux. Croyez-moi : tous vos symptômes sont du même acabit, ce sont, si vous voulez, taches de la même encre. Si vous en avez effacé trois, pourquoi les autres résisteraient-elles ? Retenez cette image ou, si vous aimez mieux, celle du trait de craie sur le plancher, et pendant les trois semaines qui vous restent à passer au lit, martelez-vous cette idée en tête. Ne faites aucun essai de station, de marche, de lecture ; un insuccès pourrait vous ébranler. Approfondissez ces idées directrices, faites-vous une conviction sérieuse de guérison.

Au bout de six semaines il se leva et fit dès le premier jour deux heures de marche. Il put lire un journal tout entier sans fatigue, sans picotement dans les yeux. Il

se tint debout plus longtemps, quoiqu'on pût surprendre encore chez lui une certaine fatigabilité et une phobie de la station.

Je lui démontrai la nature psychique de cette impuissance, en lui énumérant les particularités mentales que j'avais surprises chez lui. Il confirma ces vues en me disant : J'ai bien remarqué que l'idée y est pour beaucoup. Pensez que parfois, quand je passe de mon bureau à la chambre de mes clercs, je puis très bien me tenir debout, marcher si la porte s'ouvre facilement ; mes jambes se dérobent aussitôt sous moi, si la serrure grince, joue difficilement. Je reconnais qu'il ne peut y avoir là une influence matérielle : c'est une idée.

Le malade s'en alla guéri, au bout de deux mois de traitement.

J'ai conservé avec lui des relations intimes. Non seulement il n'est pas retombé dans le cours de ces six dernières années, mais sa santé s'est affermie et c'est un homme qui mène de front ses affaires et des occupations littéraires, qui vit une vie active et a montré, dans des circonstances politiques troublées, un courage qu'on ne rencontre pas tous les jours. Parfois il a eu quelques vacillements. La station debout semblait devenir plus difficile ; le malade reprenait quelques préoccupations hypocondriaques, surprenait le gonflement des veines du pied à la suite d'une station prolongée. Une lettre de ma part suffit toujours à dissiper ces accidents.

Quoique sans inquiétude au sujet de ces petits retours, je crus devoir lui marquer, par lettre et dans d'amicales conversations, les inconvénients de cet état d'âme inquiet. Prenez garde, lui disais-je, vous êtes intelligent, vous pensez droit et c'est à ces qualités que vous devez votre guérison. Vous avez une certaine logique de l'esprit et si

elle vous a égaré tout d'abord quand vous êtes parti de prémisses fausses, d'auto-suggestions hypocondriaques, elle vous a amené à la guérison aussitôt qu'on a changé votre point de départ et qu'on vous a montré la nature idéogène de vos troubles. Mais faites attention : vous avez un esprit un peu superstitieux, vous êtes un pusillanime, vous n'avez pas assez le mépris de votre carcasse. Quand on n'a pas d'affection organique, et vous n'en avez pas, la santé dépend avant tout de l'imperturbable confiance qu'on a de la posséder. Méfiez-vous, votre pusillanimité pourrait vous jouer un jour quelque mauvais tour !

Un incident, passager heureusement, vint confirmer ces craintes et contribuer à affermir la santé mentale de mon malade.

En septembre 1902 il eut quelques émotions et se surmena en publiant un livre dans lequel il avait mis toute son âme et qui exigeait de lui un grand courage moral. Il fut pris de maux de tête, se sentit la tête vide et s'effraya de cette faiblesse ; je reçus de lui une lettre découragée. Me sachant en vacances, il n'avait pas voulu recourir à moi ; il redoutait l'intervention d'un médecin, dans l'idée qu'on lui donnerait des médicaments, celle d'un aliéniste, car il craignait qu'on le taxât de fou, et il écrivit à une somnambule qui lui déclara que c'était grave, que cela ne pouvait être qu'un ramollissement cérébral ou le début de la folie ! Jugez combien ce diagnostic pouvait troubler un malade hypocondriaque toujours disposé à grossir ses maux. Alors il n'y tint plus et me confia ses faiblesses. Je lui répondis en le tranquillisant, en lui faisant remarquer sa tendance à la superstition, à cet irrationnalisme qui le poussait, lui homme intelligent et cultivé, à recourir à une somnambule.

A peine eut-il lu ma lettre qu'il reprit le travail ; il revint me voir quelques jours plus tard, pour raviver ses principes psychothérapiques et dès lors, malgré bien des émotions et des difficultés, il mena son œuvre à bien. Je suis persuadé qu'il ne retombera pas.

Voilà donc un malade réduit à l'impuissance pendant douze ans, ayant résisté aux efforts thérapeutiques de bien des médecins distingués, dévoués et énergiques, qui ont reconnu, bien qu'avec quelques hésitations fâcheuses, la neurasthénie.

Pourquoi ces confrères n'ont-ils pas réussi pendant ces douze ans de maladie ? Pourquoi le malade a-t-il guéri en quelques semaines ?

Ils n'ont pas réussi, parce que, malgré toute leur expérience et leurs connaissances théoriques, ils ne sont pas assez pénétrés de cette conception que le nervosisme est d'ordre psychique ; parce qu'ils hésitent dans le diagnostic, recherchant une affection médullaire alors que la psychonévrose est évidente ; parce que, imbus des idées de parenté entre le nervosisme et l'arthritisme, ils attribuent à ce dernier quelques-uns des symptômes ; parce que, en parlant de rhumatisme, ils donnent ainsi une certaine réalité aux maux du malade, lui font admettre leur nature physique ; enfin parce que, bien que soupçonnant qu'il faudrait pour arriver au but recourir à l'influence morale, ils ne savent pas encore la diriger, la rendre efficace ; ils ne savent pas transmettre leur conviction, parce qu'elle n'est pas chez eux assez franche, assez complète.

J'ai amené le malade à la guérison rapide et définitive sans avoir recours à un procédé physique nouveau, sans un seul médicament. Le malade a bien voulu m'accorder une confiance complète. Ce n'était pas de la foi aveugle,

mais une foi raisonnée, parce qu'il venait de voir deux malades guéris ; c'est là une induction parfaitement rationnelle.

Il s'est reposé au lit six semaines, toutefois je ne pense pas qu'on puisse attribuer à ce repos une influence décisive.

Mais avant tout j'ai réussi à lui persuader qu'il guérirait, qu'il pouvait manger sans crainte, se fortifier, régulariser ses garde-robes. Je n'ai pas hésité à lui montrer que sa difficulté à marcher était une pure basophobie, que son impuissance à lire reposait également sur de pures représentations mentales ; je lui ai fait toucher du doigt sa pusillanimité, son irrationnalisme, et par la conversation j'ai corrigé cette mentalité.

C'est là le procédé efficace, et il est facile à employer, mais à condition qu'on pense clairement et qu'on suive la voie droite. Chez tous les adultes, je recours uniquement à cette psychothérapie directe, sans ambages. Il n'est pas nécessaire que les malades soient instruits, aient une culture philosophique. L'ouvrier, le paysan comprennent avec finesse l'influence du moral sur le physique pourvu qu'on se donne la peine de le leur expliquer clairement, dans des termes qui leur soient familiers.

Dans ces cures le malade et le médecin travaillent ensemble à obtenir le résultat, l'un par sa confiance et son bon sens, l'autre par son exposé clair et convaincant. C'est commettre un grave faute de logique que de faire intervenir dans ces cas des moyens matériels de traitement autres que les prescriptions d'hygiène. L'intervention médicale est toute psychique et c'est à l'oubli de cette notion que tant de malades doivent des années de souffrances et souvent leur incurabilité.

TRENTIÈME LEÇON

Exemple du traitement psychique dans un cas de psychonévrose à symptômes multiples. — Algies nerveuses; guérison par suggestion. — Valeur d'une psychothérapie directe. — Utilisation de l'idée stoïque ; Sénèque. — Névralgie pelvienne guérie par ces procédés.

Dans l'observation que je viens de relater nous avons vu cesser, sous une influence purement psychothérapique, une série de symptômes nerveux. Le nervosisme est, en effet, rarement mono-symptomatique, surtout si l'on analyse l'état d'âme des sujets et si l'on tient compte des symptômes mentaux. Ces résultats sont particulièrement instructifs, car ils montrent que cette thérapeutique doit être une dans ses tendances et s'attaquer non aux symptômes, mais au désordre mental qui les produit.

C'est pourquoi j'insiste et me permets de détailler encore une observation typique de nervosisme à symptômes multiples.

Mme V. est une dame de 40 ans qui m'est envoyée, comme cas désespéré, par un confrère étranger.

Très intelligente, mais douée d'une sensibilité maladive et d'une grande imagination, la malade a eu une existence malheureuse. Sa vie conjugale a été profondément troublée ; elle vit séparée de son mari. Sujette déjà à des troubles nerveux, à des crises de dépression psychique, elle a vu son état s'aggraver à la suite de la naissance de sa fille. Sous l'influence de la fatigue et des émotions elle est tombée dans un état psychopathique avec prédomi-

nance des symptômes hystériques, états d'astasie-abasie presque permanents, crises de contracture, algies et paresthésies diverses. Elle a passé à diverses reprises par des états délirants.

Pendant environ neuf ans elle a subi les traitements les plus variés, cures de repos à la Weir Mitchell, cures d'altitude. Elle a épuisé toute la série des antispasmodiques.

Il y a cinq ans, partant de l'idée fausse que l'hystérie est une entité morbide et qu'elle a une origine génitale, on a fait l'extirpation de la matrice et des ovaires. Cette intervention n'a produit qu'une recrudescence de psychopathie. Dans le cours de la dernière année, c'est aux injections de strychnine qu'on a eu recours. (Entre parenthèses, je me demande dans quel but on empoisonne ainsi des psychopathes !)

La malade est si atteinte dans ces derniers mois qu'elle est obligée à diverses reprises d'ajourner le voyage désiré et m'arrive en wagon spécial, dans l'état d'impuissance le plus complet.

Dès l'arrivée je constate que la malade est en bon état de nutrition et ne se plaint d'aucun symptôme qui puisse faire soupçonner une affection organique. L'état psychopathique saute aux yeux et je note les symptômes suivants :

1° Astasie-abasie complète, sans symptômes de paralysie proprement dite. Il y a bien, dans le décubitus dorsal, une certaine faiblesse des extrémités inférieures, mais l'énergie des mouvements serait suffisante pour permettre la station ;

2° Impossibilité de s'asseoir, en partie à cause de l'amyosthénie, en partie par crainte des douleurs dans le dos ;

3° Asthénopie empêchant la lecture et l'écriture ;

4° Photophobie contraignant la malade à tirer les rideaux et à tourner contre le mur une glace dont l'éclat lui fait mal ;

5° Sensibilité au froid telle que, par un jour chaud, en juin, elle a la tête enveloppée dans des tissus de laine.

En présence de ces symptômes d'épuisement complet et ancien, je saisis d'emblée les difficultés de la tâche et conçois le plan de procéder lentement, dans le cours d'une cure de repos et d'isolement, à l'orthopédie morale, seule indiquée. Sachant que la malade avait montré une certaine répugnance à subir une influence suggestive, je crains de la blesser en allant trop vite et j'évite, dans la première entrevue, toute allusion à l'origine psychique du nervosisme.

Mais le lendemain, dans la conversation avec l'aimable et très intelligente malade, je me départis aussitôt de cette inutile diplomatie, je brûle mes vaisseaux, et dans l'espace d'une demi-heure, j'expose mes vues sur la nature purement mentale de toutes ces impuissances.

Comme je m'y attendais, en m'appuyant sur des expériences déjà longues, la malade accepta sans peine ces déclarations qui renversaient, comme un château de cartes, tout l'échafaudage des convictions anciennes.

Elle essaya une timide défense à propos d'un détail. Je le relate ici malgré son insignifiance parce qu'il caractérise ma manière de procéder.

La malade me prie de renouveler sa provision de gouttes d'Hoffmann, prétendant qu'elle en éprouve un grand soulagement dans ses crises de contracture.

— Bien, lui dis-je, je vous prescrirai ce médicament anodin, mais vous me permettrez de vous dire que je ne crois pas du tout à son efficacité. Vous pourriez le rem-

placer par de l'eau froide ou ne rien prendre du tout. Les médicaments ne peuvent agir sur votre mal que par suggestion.

La malade protesta quelque peu et voulut me prouver l'absence de toute suggestion par le raisonnement suivant :

« Mon médecin, en qui j'ai grande confiance, m'a, à différentes reprises, prescrit des médicaments ; il m'en avait vanté les effets et je vous assure que je les ai pris avec la conviction profonde qu'ils me feraient du bien ; ils n'ont eu aucun effet. Plus tard il m'a donné les gouttes d'Hoffmann d'un air à dire : Essayez, cela ne vous fera pas de mal. Je me rappelle avoir subi la contagion de ce scepticisme, et pourtant ces gouttes m'ont fait grand bien ! »

Eh bien, madame, vous me répondez comme bien des médecins et vous vous trompez comme eux. Vous vous imaginez que la suggestion procède par syllogismes conscients et qu'on a la foi quand on veut l'avoir. Or elle naît souvent à notre insu, en dépit de notre scepticisme tout de surface, avant, pendant ou après la médication, surtout quand une amélioration fortuite due à d'autres causes coïncide avec l'ingestion du remède. Alors le lien de cause à effet est établi et dorénavant vous avez du médicament tous les effets que vous en attendez. Croyez moi : votre mal est psychique, tout entier psychique, et vous n'avez besoin d'aucun traitement matériel.

La malade n'insista pas, et, d'une voix tranquille, scandée, comme pour bien fixer ses idées, elle me dit :

— Vous croyez donc que je pourrais lire, écrire, supporter le jour, si j'avais la conviction intime que je peux tout cela ?

Oui ; vous avez de bons yeux, l'oculiste vous l'a

affirmé. Vous n'avez d'autre part aucun symptôme d'affection cérébrale. Or l'œil et le cerveau sont les seuls organes qui sont en activité dans la lecture. Il n'y a donc aucune cause matérielle qui explique cette impuissance.

Or, quand une personne qui n'a pas de causes *matérielles* pour ne pas pouvoir lire, ne peut pas lire, je dis qu'elle a une cause *morale* et c'est : la conviction d'impuissance.

— Vous croyez que je pourrais me tenir debout, marcher dès l'instant où j'aurais la conviction profonde, inébranlable de cette puissance ?

— Oui ; vous n'avez aucune paralysie cérébrale, médullaire, radiculaire ou périphérique ; les os, les articulations, les muscles sont en bon état. Les sept causes *matérielles* qui pourraient vous empêcher de vous tenir debout n'existent pas ; donc vous en avez une morale et c'est encore : la conviction d'impuissance.

— Très bien ; je vois qu'il faut que je change du tout au tout ma manière de voir sur mon mal. Pourquoi ne m'a-t-on pas dit cela plus tôt ?

Cette conversation avait lieu le samedi ; le lundi je trouvais la malade assise sur son lit ; elle tenait à la main une lettre qu'elle avait écrite à sa mère et qu'elle relisait. Les rideaux étaient tirés, laissant le jour entrer par une large baie. La glace avait été replacée dans sa position normale. La malade avait débarrassé sa tête de sa coiffe de laine. Enfin, en souriant, elle faisait des mouvements dans son lit en prévision du lever prochain ! Trois jours après elle était sur pied. Toutes ces impuissances vieilles de neuf ans avaient disparu sous l'influence de l'idée. Dès lors la malade revint rapidement à la vie normale. Je renonçai au repos au lit, à toute mesure physique. La malade sortit, s'adonna à la lecture d'ouvrages philo-

sophiques exigeant une réelle tension d'esprit. Elle est guérie, et confiant dans sa mentalité logique, dans sa belle âme, je n'éprouve aucune crainte pour son avenir [1].

Il est évident que cette malade aurait pu guérir de la même façon au début de son mal. Il aurait suffit de lui dire la vérité, de l'encourager. Elle était aussi intelligente que docile. Mais quoiqu'on eût posé le diagnostic d'hystérie, c'est-à-dire celui *de la plus mentale des maladies*, on a eu recours aux moyens physiques, même à l'ovariotomie !

N'ai-je pas le droit, en constatant cet égarement thérapeutique, de répéter, comme un « Leitmotiv », cette vérité : à mal psychique, traitement psychique ?

Tout ce que j'ai dit à propos des impuissances de toute nature s'applique également aux *algies* qui constituent l'un des symptômes les plus fréquents des psychonévroses. C'est alors qu'il est bon de se souvenir que la douleur est, en dernier ressort, une sensation qui ne peut être perçue que par le *moi*, qu'il s'agit donc d'un phénomène psychique. De même que nous avons le droit de considérer comme psychique tout trouble de motilité qui ne s'explique pas par des lésions organiques ou des intoxications, de même nous pouvons soupçonner l'origine mentale d'une douleur quand, par des examens consciencieux et répétés, nous ne pouvons en déceler la cause.

Dans bien des cas l'absence de lésions est facile à constater, et l'étiologie, la constatation d'autres symptômes psychiques suffisent pour asseoir un diagnostic certain.

Mais le diagnostic ne suffit pas : il faut que la thérapeutique s'adapte à la conception que l'on s'est faite sur

1. J'ai revu la malade un an après ; elle est guérie.

la pathogénie. C'est là ce qu'on oublie si souvent.

Un garçonnet de dix ans se tord le pied en jouant avec ses camarades. Il rentre à cloche-pied à la maison et on appelle successivement plusieurs médecins. Tous reconnaissent en somme qu'il n'y a pas de lésions constatables, mais devant le malade on a émis des hypothèses ; on a parlé d'épanchement, d'arthrite, de périostite, et avant tout on a appliqué des remèdes locaux, compresses froides, teinture d'iode. La douleur n'a fait qu'empirer. Elle n'est plus localisée à l'articulation, elle s'étend à la peau, qui est sensible au moindre frôlement ; le malade ne supporte pas même le poids d'un drap léger. Malgré cela, remarquez ce détail caractéristique : il ne reste pas au lit, demande à sortir, et pendant des semaines il prend part aux jeux de ses camarades en sautillant sur son pied sain. Il y a là un état d'âme étranger aux malades qui ont une entorse.

Pendant dix semaines il n'y a pas d'amélioration et on amène le malade à un chirurgien. Il a bien vite reconnu l'intégrité des os, de l'articulation, des ligaments, et pose le diagnostic de névrose articulaire. Vous croyez qu'il va donc recourir au traitement psychique ? Oh, mais non ; il prescrit des injections d'acide phénique et l'application du courant constant à la dose de 50 milliampères ! Les injections sont faites ; elles ne produisent qu'une escarre qui complique la situation. Quant au courant constant, le médecin de la famille a le bon sens de ne pas l'essayer aux doses prescrites.

Quand je vois le malade assis sur une chaise je remarque la flaccidité de la jambe gauche atrophiée ; elle mesure, au mollet, cinq centimètres de moins que la droite. Le pied pend en équin, et dans la position assise le malade ne peut le relever. Sur le lit d'examen, le mou-

vement est possible et l'examen électrique ne fait constater aucune lésion musculaire ou nerveuse. Le petit malade a peur de l'attouchement, même quand on effleure la peau bien au-dessus des malléoles.

Il n'y a pas de doute : c'est psychique, ou, si vous voulez, hystérique. L'indication est de rassurer le malade et sa mère, de faire naître la conviction de guérison. Inutile, vis-à-vis d'un gamin de cet âge, de lui faire une dissertation sur la douleur. Il est plus simple d'affirmer la guérison prochaine, et, pour faire quelque chose, je conseille la faradisation journalière des muscles atrophiés pendant huit jours. M'adressant à la mère et non au gamin, qui cependant est tout oreilles, je lui dis : je suis bien heureux de ce que je constate. Il n'y a aucune lésion, c'est purement nerveux, et au bout de huit jours votre garçon sera guéri. — Il le fut en effet, put marcher au jour fixé ; l'atrophie diminua lentement ; au bout de deux mois elle était à peine constatable.

Autre cas :

Un confrère allant en vacances me remet un garçon qui, quelques semaines auparavant, est tombé de la barre où il faisait de la gymnastique. Il s'est tordu le poignet et a présenté des symptômes de tendinite ; on a fait des compresses et mis le bras dans un appareil. Actuellement, le malade porte le bras en écharpe et, quoiqu'il n'y ait aucun gonflement, aucune lésion palpable, la peau du bras est le siège d'une hyperesthésie qui s'étend de la main au moignon de l'épaule. Voilà un phénomène étranger aux traumatismes ; cette hyperesthésie est un stigmate mental.

Dans une intention suggestive, je fais quelques séances de franklinisation (c'était au début de ma carrière et j'avais encore besoin de ces feintes thérapeutiques), et

avant tout j'affirme chaque jour qu'il y a amélioration, que la peau devient moins sensible. Je supprime l'écharpe, place la main du petit malade dans son gilet ; le lendemain je la lui fais porter à un bouton plus bas, puis à la ceinture, et enfin dans la poche. Au bout de quelques jours il est guéri et il le démontre avec ostentation en s'élançant à la barre ; il y reste suspendu, tout le poids du corps portant sur le membre dont il n'a pas pu se servir pendant des semaines !

Dans ces deux cas (il s'agissait d'enfants) j'ai profité de leur suggestibilité naturelle pour les guérir, et l'électrisation ne m'a servi qu'à rendre plausible l'idée de guérison. Je pourrais aujourd'hui me passer de cette suggestion. Chez les adultes, je ne l'emploie jamais. Cette supercherie me met mal à l'aise et je préfère toujours exposer à mes malades mes vues aussi franchement que je le ferais vis-à-vis d'un confrère.

Je ne crains pas d'engager mes malades à négliger le phénomène douleur. L'idée n'est pas neuve ; les stoïciens avaient poussé au dernier degré cette résistance à la douleur, au malheur. Les lignes suivantes, écrites par Sénèque [1], semblent être tirées d'un traité tout moderne de psychothérapie :

« Gardez-vous d'aggraver vous-même vos maux et d'empirer votre position par vos plaintes. La douleur est légère, quand l'opinion ne l'exagère point ; et si l'on s'encourage en se disant : *Ce n'est rien*, ou du moins, *c'est peu de chose*, *sachons l'endurer*, *cela va finir*, on rend la douleur légère à force de la croire telle. »

Et plus loin :

« *On n'est malheureux qu'autant qu'on le croit.* »

1. Œuvres complètes de Sénèque (le philosophe), *Lettre LXXVIII à Lucilius*. Paris, Garnier frères.

On pourrait dire vraiment au sujet des algies nerveuses : On n'est souffrant qu'autant qu'on le croit.

Je pourrais citer de nombreux exemples qui démontrent la possibilité de supprimer plus ou moins rapidement et souvent à tout jamais des phénomènes douloureux. Je n'en citerai qu'un dans lequel la guérison a été rapidement obtenue après onze ans de souffrance.

Mme A. est une femme de médecin d'une trentaine d'années qui a joui jusqu'à dix-neuf ans d'une bonne santé. Son père, âgé de soixante-sept ans, a eu toute sa vie une tendance à la mélancolie ; il est original, entier, paradoxal. La grand'mère paternelle a souffert de mélancolie. Mère morte cardiaque à quarante-trois ans, probablement par embolie.

A dix-neuf ans la malade remarqua qu'après avoir travaillé à l'aiguille, ses yeux étaient irrités et larmoyaient. L'oculiste posa le diagnostic d'asthénopie accommodatrice et prescrivit des lunettes. La mort subite de la mère empêcha la malade de suivre son traitement et provoqua de nouveaux accidents. Sous le coup de l'émotion, la malade s'aperçut qu'elle ne pouvait mouvoir les yeux ; ils étaient fixes. Elle eut aussi des palpitations et des troubles digestifs. L'asthénopie augmenta ; elle éprouva une tension douloureuse autour des yeux, aux ailes du nez, surtout à droite.

La mort de la mère rendit le père plus bizarre encore et cette vie triste vint aggraver le nervosisme déjà évident de la malade.

Un autre oculiste ne trouva aucune lésion, mais fit une fâcheuse suggestion en disant : « Vous serez toujours mystérieuse pour les médecins ! » — Tout ce que l'on pense n'est pas bon à dire.

Fiançailles contrariées par le père un peu égoïste,

mariage retardé pendant plus de trois ans. Un troisième oculiste parle de contractures nerveuses et émet l'opinion qu'un changement de vie, par exemple un mariage heureux, pourrait amener un changement complet. (Parole caractéristique dans la bouche d'un spécialiste toujours porté à localiser le mal, et qui montre bien la nature psychique de cette asthénopie.)

Elle se maria dans cet état, souffrant toujours des yeux, de palpitations, de troubles digestifs, de vertige stomacal, fit un voyage de noces de trois ou quatre mois, toujours plus souffrante, et revint enceinte.

La grossesse fut accompagnée de troubles digestifs, de lipothymies, de phobie d'aller seule dans la rue (tous symptômes qui rentrent dans le cadre du nervosisme).

Déjà pendant le voyage, impossibilité de manger aux repas ; par contre, dans l'intervalle, fringales avec sensation de vertige, qui l'obligent à prendre quelque aliment. Cet état continua jusqu'à la délivrance. Présentation du siège, inquiétudes provoquées par l'accoucheur qui diagnostiqua une tumeur, fit craindre un fœtus anormal, un monstre, et ne sut pas garder pour lui ces craintes. Accouchement au forceps. Crampes utérines avec douleurs analogues à celles qui caractérisent l'état actuel.

Après l'accouchement, amélioration, si bien que la malade, pendant un mois, put se croire guérie ; mais, quand elle voulut marcher, elle éprouva de vives douleurs dans le bas ventre et fut soignée par son mari pour une métrite. L'état s'aggrava encore par les fatigues provoquées par les soins qu'elle donna à un enfant malade.

Au bout d'un an on consulte un accoucheur célèbre qui note : Endométrite avec salpyngite droite. Traitement par les crayons caustiques sans succès. — Alors on

recourt à un autre gynécologue qui déclare que son confrère est un âne, nie l'endométrite et, admettant une salpyngite gauche, déclare qu'elle ne guérira pas (?!). (Voilà ce qui s'appelle de la suggestion à rebours !) Vésicatoires. Depuis lors les douleurs ont persisté et pendant ses onze ans de mariage la malade n'a jamais pu supporter une marche de plus de 10 à 15 minutes. Si elle voulait aller plus loin, il survenait des douleurs intenses dans le bas ventre, surtout à droite, puis à gauche. Continuel usage de vésicatoires.

Un autre médecin diagnostique entéroptose avec chute de la matrice et prescrit des pessaires et la sangle de Glénard.

Nouvelles émotions : bronchopneumonie chez l'enfant, angine de poitrine chez le père, toujours plus bizarre et maussade.

Traitements continus et variés de 1892 à 1902.

En 1898 un excellent médecin diagnostiqua : Névralgies pelviennes, et fit pendant sept semaines les traitements suivants : Hydrothérapie, massages internes, électricité, cautérisation du col, application de glace sur la colonne vertébrale, pendaison.

Au début il donna des espérances fermes de guérison, mais dut, à son grand regret, conclure à l'incurabilité. En 1900 un médecin célèbre déclara, après un examen de quelques minutes, que c'était incurable et, sans conviction, conseilla une nouvelle grossesse. — Elle survint en effet, mais ne fit qu'aggraver l'état de la malade.

En 1902 un médecin reconnaît (enfin !) la névrose et prescrit......... purgations fréquentes, vésicatoires entretenus soit sur la nuque, soit sur le bras ! (Voilà ce qui doit guérir une névrose !)

Je vois la malade à la fin de juin 1902.

La malade est une robuste femme, dans un bon état de nutrition qui d'emblée contre-indique le traitement par la suralimentation. Je remarque aussitôt qu'elle a le regard un peu vague, un peu névrosé, qu'elle est volubile dans l'expression de ses souffrances, qu'elle est impressionnable, car elle décrit comme grandes émotions divers événements sans grande importance. Le matin même elle est sortie pour aller à la messe et a dû revenir sur ses pas à cause de ses douleurs. Je reconnais, en la questionnant sommairement, divers symptômes de nervosisme, l'hérédité psychopathique, l'influence des émotions morales. Asthénopie nerveuse dès l'âge de dix-neuf ans, aggravations successives sous l'influence de fatigues et d'émotions. Palpitations, dyspepsie, vertiges. Aggravation de ces troubles dans la grossesse avec phobie d'aller seule dans la rue. Tout cela, c'était l'histoire d'une nerveuse. Quant aux douleurs dans le bassin, il était probable qu'elles étaient nerveuses aussi, puisque rien dans les diagnostics posés auparavant n'indiquait une lésion précise et que plusieurs médecins avaient qualifié le mal de névralgie pelvienne.

Mais je ne pouvais être sûr de ce point sans examen et je priai mon confrère le Dr Conrad de me donner son avis sur le cas. Il répondit, après deux examens complets : « Cette malade n'a aucune affection gynécologique. La matrice et les annexes sont intactes. Il y a deux points névralgiques, l'un à la face postérieure du corps de l'utérus, l'autre à la face postérieure du col. Ces points sont très localisés, extrêmement douloureux au toucher, mais il est impossible de constater une lésion. Nous sommes forcés d'admettre dans ces cas une névralgie, et l'expérience nous montre, hélas, que ces troubles-là ne cèdent qu'à des traitements locaux ; au point de vue

du gynécologue, c'est en effet très rebelle et je crois que le traitement général du nervosisme est ici à sa place. Pour éviter de provoquer la douleur, j'estime même qu'il faut renoncer à des examens locaux. »

Fort de ces renseignements, je pus dire à la malade : Vous souffrez depuis dix ans de cette incapacité de marcher. Pendant dix ans vous avez épuisé toutes les ressources de la thérapeutique physique et médicamenteuse. L'insuccès même de ces tentatives devrait non pas vous décourager, car le découragement ne mène à rien, mais vous montrer que vous êtes sur une fausse voie. Il faut cesser de traiter le corps, qui est sain ; il faut agir sur l'esprit. Votre mal tout entier est nerveux, c'est-à-dire psychique. Je vous le montrerai peu à peu dans le cours du traitement. Toute votre histoire dès l'âge de dix-neuf ans est celle d'une nerveuse chez laquelle dominent les sentiments d'impuissance et les névralgies sans lésions constatables. De plus vous avez de l'hérédité psychopathique et je vous trouve souvent dans des états de dépression.

Pendant les trois premières semaines j'eus beaucoup de peine à me faire comprendre. La malade, intelligente, n'opposait pas à mes déductions des objections rationnelles, elle n'ergotait pas, mais elle se croyait incapable d'arriver à ce mépris de ses douleurs, et surtout, elle craignait de ne pouvoir échapper à l'étreinte des sentiments mélancoliques. Chaque matin elle se réveillait troublée, anxieuse, ne pouvait se remémorer les conseils qu'elle avait acceptés la veille, et, comme dans les états mélancoliques, l'idée d'incurabilité persistait.

Cette lutte m'aurait peut-être découragé il y a quinze ans, mais persuadé que j'avais affaire avec une psychonévrose pure, constatant l'impuissance des traitements

physiques, je sentais la nécessité de poursuivre sans trêve et sans relâche ma tâche psychothérapique.

Quand on est arrivé à se faire un plan de traitement, il faut savoir persister avec un imperturbable entêtement. Il faut savoir faire taire ses craintes, non seulement ne pas les montrer, mais ne pas les avoir. Il faut désirer la guérison de son malade et croire ce que l'on désire. Quand on a réussi à se créer cet état d'âme on ne se laisse pas ébranler par des semaines d'insuccès et enfin on a le bonheur de voir la guérison survenir.

Je mis la malade au lit pendant six semaines, mais en lui disant que je ne comptais nullement sur ce moyen pour la guérir. Je n'y recourais que pour lui éviter le plus possible des crises de douleurs, puisque le mouvement les provoquait. J'insistai pour lui faire comprendre que dans des états névralgiques quelconques il y a toujours intérêt à diminuer le nombre des accès pour combattre la tendance à la répétition. Je ne fis aucune prescription de régime et laissai la malade, dont le poids était normal, libre de s'alimenter comme elle voulait.

Je fis pratiquer un léger massage des extrémités pour favoriser la circulation, mais en ne donnant à cette mesure qu'une minime importance au point de vue thérapeutique.

Le traitement consista uniquement en conversations claires sur la nature des phénomènes nerveux, sur l'influence du moral sur le physique. Je ne craignis pas de combattre la confiance qu'elle pouvait conserver encore dans les moyens physiques, en lui rappelant les insuccès passés et cherchai à lui donner une foi nouvelle, celle dans le traitement de l'esprit.

Quand, au bout de quelques semaines, elle sortit un peu de l'état de confusion mélancolique qui l'empêchait

tout d'abord de suivre la conversation, je l'amenai à des considérations plus élevées, insistant sur la nécessité du courage constant, du stoïcisme. Nos conversations portèrent sur l'altruisme, sur le danger qu'il y a à penser toujours à soi. Une entente plus complète s'établit entre nous. L'espoir de la guérison grandit dans l'esprit de la malade qui me paraissait si rebelle au début.

Dans la septième semaine elle se leva encore un peu craintive ; elle sortit, s'efforça de marcher en négligeant la douleur, et, au bout de quelques jours d'exercice, elle entreprenait à pied l'ascension d'une petite montagne de 300 mètres. Dès lors la guérison était assurée. La malade fit un voyage d'agrément qu'elle supporta sans peine et s'en retourna guérie de ces névralgies pelviennes déclarées incurables.

Au départ, la malade, délivrée des douleurs, souffrait encore d'un état d'âme fâcheux, à tendance mélancolique, et craignait pour sa tête ; je crus devoir rendre le mari, médecin, attentif à cet état mental, plus important à mes yeux que les accidents névralgiques.

Trois mois après, il m'annonçait que les névralgies n'avaient pas reparu, que la malade pouvait mener une vie normale et que peu à peu elle était sortie de cet état d'esprit, de cette dépression mentale si pénible.

J'ai revu la malade un an après ; elle va toujours bien et ne se plaint plus que de l'état mental, qui n'est pas aussi vaillant qu'elle le voudrait. Cependant elle vit d'une vie normale, après avoir été pendant onze ans condamnée au repos. Elle perdra, j'en suis sûr, cette psychasthénie native, qui lui a rendu l'existence pénible, malgré tous les éléments de bonheur que lui offrait la vie.

TRENTE ET UNIÈME LEÇON

Analyse d'un cas d'hystérie à symptômes multiples. — Effet désastreux des hésitations du diagnostic, des traitements locaux. — Seule une psychothérapie franche, directe, met fin à l'odyssée de la malade. — Progrès récents de la psychothérapie. — Buttersack de Berlin. — Les travaux du Dr. P.-E. Lévy, de Paris ; l'éducation de la volonté. — Nécessité d'épurer encore la psychothérapie.

Pour bien saisir la valeur d'un traitement psychothérapique, il faudrait pouvoir suivre les malades, assister aux conversations. On verrait alors ce que le médecin peut obtenir par un mot, par un sourire. On constaterait alors cette « malléabilité » extrême de l'esprit, qui est défaut quand elle engendre les autosuggestions maladives, qualité précieuse quand elle amène la guérison.

Je veux essayer, en analysant quelques cas complexes, de donner une idée de cette thérapeutique toute morale.

En avril 1902 je reçois d'un confrère très distingué une lettre dans laquelle il me recommande une demoiselle de trente et un ans, atteinte, dit-il, d'hystérie grave qu'il traite depuis quatre ans.

Il signale les tares héréditaires, le nervosisme évident de la mère et résume son observation en ces termes :

« J'ai constaté au début des troubles gastriques avec cardialgies si intenses que j'ai dû admettre un ulcère d'estomac, mais le traitement habituel n'eut pas de succès

et revenant à l'hypothèse d'une neurasthénie générale et spéciale, gastro-intestinale, je soignai la malade pendant huit semaines dans une clinique. Il y eut amélioration, augmentation de poids de 92 à 100 livres, mais elle restait amyosthénique, souffrait toujours de cardialgies. Traitement : Hydrothérapie, massage, électrisation, régime. Persistance des accidents, constipation toujours plus marquée avec entéralgies violentes dans la région du côlon descendant et de l'S iliaque ; côlite muco-membraneuse typique. Moins de douleurs à l'estomac, mais plus dans le ventre, dans les cuisses et les genoux.

En 1899, jugeant l'isolement favorable, on l'envoie dans une clinique étrangère. L'intensité des douleurs, le ballonnement, la constipation et l'amaigrissement amenèrent le médecin au diagnostic de péritonite tuberculeuse. Il admit des adhérences, déconseilla toute intervention opératoire et se contenta de lavements d'huile et de narcotiques.

Au retour à la maison le médecin de la famille ne put admettre ce diagnostic et provoqua une consultation avec deux autres confrères dont l'un chirurgien habile. On songea au nervosisme, mais sans exclure tout à fait l'hypothèse d'une lésion. Aussi, quand la malade déclara qu'elle voulait en finir, qu'elle réclama une intervention opératoire, on fit, pour être sûr, l'incision exploratrice. On constata l'intégrité de tous les organes. Guérison rapide de la plaie opératoire sans soulagement des douleurs.

En été 1899, bains d'eau-mère, douches sans succès. L'état hystérique devient plus net. Douleur dans le bas ventre à gauche, anesthésie de la peau du tronc, irradiation de la douleur dans tous les membres. Alimentation difficile, amaigrissement ; le poids tombe à 48 kilo-

grammes. La malade, dans cet état, passe trois hivers dans un repos complet à la campagne dans une famille où elle se plaît. L'état reste stationnaire ; la constipation est opiniâtre ; elle n'a souvent qu'une selle par semaine, malgré les lavements et les laxatifs ; l'insomnie augmente de jour en jour. Consultations gynécologiques sans résultat.

En été 1900, elle fait sans amélioration, plutôt avec aggravation, une cure prolongée dans un sanatorium pour nerveux. On constate : algies permanentes, constipation opiniâtre, anesthésie de tout le corps sauf aux mains, à la plante des pieds, et dans le voisinage de la cicatrice de laparotomie où il y a hyperesthésie ; rétrécissement double du champ visuel. Le médecin reconnaît l'hystérie et se demande comment cette personne, qui paraît bien douée au point de vue mental, a pu arriver à la grande névrose. Il découvre comme agents provocateurs la douleur d'avoir perdu deux amies et l'effroi produit par un incendie trois ans auparavant.

Il prodigue les examens du rectum, électrise cet organe, fait des lavages d'estomac pour en exciter les contractions. Enfin il essaie l'hypnose, et trouve la malade hypnotisable, mais non suggestible ; aucune suggestion posthypnotique n'agit et, au bout de cinq séances, la malade manifeste de la crainte vis-à-vis de ce procédé. Enfin on recourt aux bains électriques, aux narcotiques.

La malade se décourage, a des ennuis avec sa garde. Alors on songe à la pédagogie, à l'influence favorable d'occupations régulières, mais le médecin semble être aux abois et dans une lettre pessimiste il lâche sa malade, tout en disant combien il l'a trouvée sympathique.

En été 1901, même état, aphonie hystérique de quelques

semaines de durée. Nouveaux essais de traitement sans espoir du côté de la malade.

Le médecin qui me l'envoie la voit en octobre 1901 et constate un météorisme localisé à la fosse iliaque gauche, où on sent le côlon distendu ; la région est douloureuse à la pression et on revient à l'idée de péritonite. Repos, cataplasmes. Nouveau séjour à la campagne où elle jouit de la tranquillité, mais elle souffre toujours ; lorsqu'elle est couchée une demi-heure sur la chaise longue, au grand air, elle est prise d'une fatigue incroyable, d'un sentiment d'anéantissement qui dure cinq ou six heures. — Vous allez dire que c'est nerveux, écrit-elle à son médecin, mais cela n'empêche pas que c'est extrêmement pénible. — Ce n'est qu'au lit qu'elle se sent mieux ; elle est découragée et écrit, en remerciant son médecin de ses soins dévoués : Je vous souhaite de n'avoir pas, dans l'avenir, une malade aussi difficile que moi !

Enfin, dans un post-scriptum, le médecin résume : Symptômes gastriques objectifs ; catarrhe muqueux sans troubles du chimisme ou de la motilité. Symptômes intestinaux avec entérite muco-membraneuse. Enfin anémie.

C'est dans cet état pénible, durant depuis six ans et qui s'était aggravé malgré toutes ces interventions thérapeutiques, que je prends la malade en traitement.

Ces renseignements suffisaient à m'éclairer sur le diagnostic, et le seul intérêt de la première entrevue était pour moi de constater si la malade était bien disposée, confiante, d'une mentalité assez rationnelle pour me comprendre. Au bout d'une demi-heure de conversation, j'étais rassuré sur ce point et je pouvais dire à la malade : Vous guérirez, cela ne fait pas pour moi l'ombre d'un doute.

A la deuxième visite, nouvel examen qui confirme le

diagnostic. J'apprends les antécédents suivants : Bonne santé jusqu'à vingt-cinq ans, sauf impressionnabilité morale. Troubles gastriques et fatigue à la suite de la mort de deux amies. A l'occasion d'un petit incendie provoqué par son frère, rentré tard ivre, frayeur et dès lors pyrophobie persistante qui l'empêche de dormir. Enfin, comme cause d'aggravation, constatation des insuccès thérapeutiques et des variations dans le diagnostic.

Mais la malade est intelligente, a l'âme élevée. Elle manifeste de la confiance. C'est tout ce qu'il faut pour bien augurer du résultat.

L'examen clinique fait constater : amaigrissement, anesthésie cutanée du tronc et des membres, surtout à gauche. Douleur dans la fosse iliaque gauche, marbrée par les cataplasmes. Forte douleur à la pression et forte douleur aussi par le *simple pincement d'un pli cutané !* La palpation n'indique aucune altération de l'intestin ou de l'ovaire ; la laparotomie exploratrice a, du reste, montré l'intégrité des organes.

Dès lors j'affirme que *tout est nerveux*, qu'il n'y a aucune lésion, que tout cela est absolument curable. Je mets la malade au lit, lui prescris l'alimentation lactée et lui recommande de se mettre en tête l'idée suivante : Mon mal est purement nerveux ; le docteur m'a dit que dans son dictionnaire les mots de *nerveux* et de *curable* sont toujours accolés ensemble ; vivons donc dans cette douce espérance, non, dans cette certitude de guérison !

Aussitôt la malade se met à boire bravement son lait et fait dès la première semaine 500 grammes d'augmentation. Les nuits s'améliorent. Elle dort une demi-heure, puis trois heures, puis cinq heures. Souvent, après une nuit paisible, survient une nuit mauvaise et la malade me dit : Quand je ne peux pas dormir, alors je m'agite

et je ne retrouve pas le sommeil. — Je profite de cet aveu pour lui exposer la psychologie du sommeil.

Dans une longue causerie j'épuise ce sujet, montrant à la malade que rechercher le sommeil c'est le chasser, comme elle l'a constaté elle-même. J'entre dans tous les détails analysant les causes physiques et psychiques de l'insomnie. La malade me comprend ; les nuits deviennent meilleures. Elle mange bien et sans se plaindre de dyspepsie. La constipation persiste et tous les deux jours il faut recourir à un grand lavement. Mais dès le début je réussis à supprimer toute préoccupation au sujet de la constipation en lui disant : Vous n'avez pas à vous en occuper : Ou bien, sous l'influence de la suralimentation et du dressage à heure fixe, vous irez à la selle spontanément, alors tout est pour le mieux ; ou bien vous n'aurez pas réussi et nous avons la ressource du lavement, qui agira toujours. De toutes manières vous serez débarrassée. Donc ne parlons plus de ce symptôme ! Vous me direz seulement quand vous aurez des selles régulières, cela ne tardera pas. — Dès ce jour la phobie de la constipation cesse, et pourtant le succès se fait attendre, et ce n'est qu'au bout de sept semaines que survient la première évacuation spontanée.

Le symptôme le plus pénible c'est la douleur dans la fosse iliaque gauche accompagnée souvent de gonflement. Je concède à la malade que ce symptôme a pu, quand il était plus marqué encore, amener le médecin au diagnostic de péritonite, mais que l'observation ultérieure a montré que ce n'était que du péritonisme nerveux. Je continue à affirmer que c'est nerveux et curable. Je lui raconte des cas de ma clientèle qui ont guéri et lui montre par des exemples, diarrhée émotive, tachycardie, nausées, vomissements, nés sous l'influenc d'une pure représen-

tation mentale, l'action de l'idée sur nos fonctions. En même temps je lui fais remarquer les augmentations régulières de poids, lui dis qu'elle a meilleure mine, ce qui est vrai. Certain moi-même qu'elle guérira, je n'ai aucune peine à lui transmettre ma conviction par une sorte de contagion morale.

Aussi accepte-t-elle tous les conseils. Sans souci des désordres gastriques, elle prend les trois repas copieux, du lait entre le repas. Elle s'efforce d'avoir des garde-robes régulières en faisant son essai tous les jours à heure fixe. Elle ne s'inquiète plus de son insomnie ; enfin, avec un stoïcisme joyeux, elle néglige ses douleurs, certaine qu'elle est qu'il n'y a pas de lésions, qu'il n'y a rien à craindre, et persuadée qu'on peut opposer à la douleur une résistance morale qui, dans le nervosisme, devient curatrice.

Tous les jours je reviens sur cet enseignement psychothérapique, tantôt au hasard de la conversation, abordant tous les sujets, tantôt résumant ces données et les recommandant à la méditation de la malade, lui donnant sa tâche pour la journée. Aujourd'hui, lui dis-je, par exemple, ruminez ces deux idées simples et claires :

1° Tout mon mal est nerveux, c'est-à-dire psychique ; il n'y a pas de lésion et c'est toujours curable.

2° On peut mettre ses douleurs toujours plus bas dans l'échelle des maux et arriver à les oublier volontairement.

Non seulement la malade accepte cette idée sans protestations, mais, avec une grande finesse d'analyse psychologique, elle critique, et me dit : L'expression est-elle bien juste quand vous dites : oublier volontairement ! Il me semble que quand on fixe son attention sur quelque chose on ne peut pas l'oublier !

Vous avez raison, lui dis-je ; il y a une certaine contra-

diction dans ces deux mots. C'est un peu comme quand on cherche à se surprendre sans pensée, ce qui est impossible, car alors on pense : Est-ce que je pense ? ou bien, pour prendre une comparaison plus grossière encore, c'est faire le jeu de celui qui se regarderait au miroir pour voir la mine qu'il fait quand il a les yeux fermés. N'oubliez pas volontairement vos douleurs, mais habituez-vous à les considérer comme toujours plus petites et alors vous les oublierez bien involontairement, comme on néglige ce qui n'a pas d'importance.

Sans songer qu'elle avait eu elle-même de l'aphonie, je lui cite le cas d'aphonie hystérique que j'avais guéri en trois jours en détournant simplement la pensée de la malade de ce symptôme.

Elle comprend, mais comme la plupart des nerveuses, elle ne veut pas admettre dans son cas la même influence. — Mon aphonie, à moi, n'a pas eu cette origine psychique, n'était pas due à une autosuggestion. J'avais même oublié ce symptôme, je ne m'en inquiétais nullement et subitement, ayant renversé une tasse de lait dans mon lit, je n'ai pu retrouver ma voix pour appeler ma sœur.

— Pardon, vous n'avez pas oublié votre aphonie ; au moment de cet accident, vous avez été saisie par deux idées contradictoires : d'une part du désir d'appeler, d'autre part de la conviction que vous ne pouviez pas. Si vous aviez vraiment oublié votre aphonie, vous auriez pu parler.

Le traitement suivit son cours sans autre mesure physique que le repos (dont elle avait abusé autrefois sans succès), la suralimentation, le massage général, tous auxiliaires utiles, mais qui ne pouvaient amener la guérison.

Tout l'effort porta sur l'esprit, sur le moral. Il fallut non seulement dissiper les nombreuses autosuggestions, les convictions d'impuissance, mais relever l'énergie morale, enseigner à la malade à prendre la vie d'une autre façon, à s'adapter aux circonstances.

La malade se fortifia, reprit de l'embonpoint, ne se plaignit plus de douleurs. Elle put se comporter comme une personne saine, aller et venir, lire, travailler. La digestion se fit bien, les garde-robes devinrent régulières, et c'est presque guérie que la malade quitta la clinique trois mois après son arrivée. Dès lors elle continua à vivre d'une vie presque normale.

Sans doute elle n'est pas entièrement guérie. Elle est restée dans le bon état de nutrition où je l'avais mise ; elle est active, travaille comme une personne saine et aux yeux de la famille elle peut passer pour guérie. Mais je retrouve encore chez elle une tendance à l'insomnie, un peu de douleur (qu'elle néglige) dans la fosse iliaque gauche, et toujours encore une certaine émotivité une impressionnabilité trop grande. Enfin elle n'a pas pu se débarrasser entièrement des craintes qu'elle a au sujet d'un incendie possible quand son frère, toujours un peu léger, rentre tard. Il ne faut pas oublier qu'elle est vieille fille, qu'elle vit dans un milieu névrosé.

Mais le succès n'en est pas moins évident.

Pourquoi la malade, qui en trois mois est arrivée à la quasi-guérison, a-t-elle vu son état rester stationnaire, s'aggraver même pendant les six ans qui ont précédé, pendant les traitements qu'elle a subis de la part de médecins dont je reconnais toute la compétence et le dévouement ?

La cause de l'insuccès est la même que dans les cas que j'ai signalés : c'est l'absence de vues claires sur la

nature du nervosisme. Au début on diagnostique : ulcère rond. Je reconnais que l'erreur était possible et ne reproche nullement au médecin de l'avoir faite. Mais si excusables que soient nos erreurs, il faut cependant reconnaître qu'elles sont souvent fatales aux malades. L'insuccès de la cure a déjà découragé la malade. Alors le médecin reconnaît le nervosisme, mais au lieu de voir d'un coup d'œil que tout est psychique, il parle de neurasthénie générale et spéciale ; il est hanté par l'idée de neurasthénie localisée dans les nerfs de l'estomac et il recourt toujours encore aux moyens physiques.

On éloigne la malade du milieu familial et un médecin étranger ravive l'idée fixe d'un mal organique en admettant la péritonite tuberculeuse. Là encore je ne veux nullement reprocher au médecin son erreur, quoique, à mon avis, il eût été possible de l'éviter et de reconnaître le péritonisme hystérique. Mais, pardonnable ou non, ce diagnostic n'était pas favorable pour amener chez la malade la conviction de guérison.

Dans la consultation des trois médecins l'idée de l'hystérie a été agitée, mais on a douté encore et on s'est laissé entraîner à faire la laparotomie exploratrice. Cette constatation, *de visu*, de l'intégrité des organes, pouvait être utile ; on aurait pu dire : à quelque chose malheur est bon ; mais on n'a pas su en profiter pour effacer de l'esprit de la malade toute idée d'affection organique.

Enfin, dans un sanatorium, on a admis l'hystérie pure, mais on a continué les examens du rectum, de l'S iliaque, on a recouru successivement aux lavements, à l'électricité, au massage. On « essaie » divers médicaments, même les narcotiques ; enfin on hypnotise la malade et on déclare qu'elle est hypnotisable mais non suggestible ! Il aurait fallu dire qu'elle avait accepté la suggestion du

sommeil et repoussé celle de la guérison. Il aurait mieux valu lui imposer cette dernière, et c'était facile, car il suffisait de lui montrer qu'elle n'avait rien.

Dans tous ces traitements je ne vois pas trace de psychothérapie franche, directe, convaincante, la seule efficace quand il s'agit de maux psychiques.

Cependant le jour se fait peu à peu ; le mot de psychothérapie est dans toutes les bouches. Buttersack[1], à Berlin, insiste sur l'action morale que le médecin peut et doit exercer. Il analyse finement l'action des facteurs psychiques, impondérables et reconnaît la valeur d'une philosophie optimiste.

Un médecin parisien, M. Paul-Émile Lévy[2], a depuis longtemps recommandé les procédés autosuggestifs pour agir sur nous-même, sur notre mentalité, de manière à supprimer des malaises, à leur substituer une euphorie voulue. Je recommande souvent la lecture de son livre sur l'*Éducation rationnelle de la volonté* à mes malades quand ils sont suffisamment avancés pour le comprendre et appliquer ses sages conseils.

Mais il y a encore trop de « procédé », d'artifice, dans les méthodes du Dr Lévy. Les sujets se « suggestionnent », il y a là comme un simulacre d'hypnose ; dans certains cas la malade se met dans un fauteuil, se plonge dans un recueillement favorable. A mes yeux, c'est trop imiter les pratiques des hypnotiseurs ; on reconnaît là un élève de Bernheim.

Je voudrais une psychothérapie plus épurée ; le stoïcisme qui guérit devrait être basé non sur des autosuggestions qu'on se met artificiellement en tête dans une

1. *Physiologische und psychologische Bemerkungen zur psychischen Therapie* von F. Buttersack. (Die deutsche Klinik, 1903).
2. *L'éducation rationnelle de la volonté et son emploi thérapeutique*. Thèse de Paris, 1898.

« séance », mais sur des vues philosophiques durables qui puissent servir de guide dans la vie. A ce point de vue je préfère encore, pour ramener à la vaillance les jeunes gens neurasthéniques, l'ouvrage de J. Payot[1].

Une évolution semble, du reste, se faire dans la pensée du Dr Lévy. Il insiste sur les rapports du physique et du moral et recommande une hygiène de l'âme.

Dans deux communications récentes[2], il a montré le parti qu'on peut tirer de notions psychologiques claires dans le traitement des malades. Dans son analyse du phénomène « douleur », il note bien l'*amplification* que subit la souffrance sous l'influence de la mentalité du sujet ; il insiste sur la fréquence de la douleur « nerveuse », même quand elle est provoquée par une lésion, même quand le sujet semble indemne des symptômes de nervosisme.

Dans deux cas de sciatique il obtient la guérison par des procédés suggestifs, par l'emploi de quelques médicaments, mais en s'efforçant de supprimer les craintes du malade, les états d'âme concomitants.

C'est de la bonne psychothérapie, quoiqu'on reconnaisse toujours là l'idée de la suggestion.

J'ai déjà dit qu'on ne peut pas toujours éviter cette dernière, et que je suis parfois obligé de capter un peu artificiellement la confiance du malade. Mais, dans ce cas, je ne suis pas pleinement satisfait de mon œuvre, même si le résultat est obtenu.

Je préfère toujours la situation claire qui consiste à

1. J. Payot, *Éducation de la volonté* (Bibliothèque de philosophie contemporaine).

2. *Sur la délimitation du nervosisme à propos de l'élément douleur.* Communication faite à la Société de psychologie (Juillet 1901). — *Traitement et guérison de deux cas de sciatique par rééducation.* (Revue générale de Clinique et de Thérapeutique, 1902.)

placer résolument le problème sur le terrain psychologique.

Sans indifférence cruelle, sans faire naître chez le malade l'idée blessante du mal imaginaire, je l'entraîne dans une autre direction, je l'amène à l'analyse de son moi psychique. Je surprends ses craintes, sa pusillanimité, sa méfiance vis-à-vis des moyens qu'on lui propose. Bientôt c'est le malade qui m'aide dans cet examen de sa mentalité, qui me dévoile ses appréhensions et reconnaît qu'elles ont en effet retardé sa guérison.

Plus on avance en âge et en expérience, plus on renonce aux traitements médicamenteux et physiques, sauf dans les cas où on les tient pour réellement efficaces. On n'a plus besoin de toutes ces petites supercheries médicales. C'est, en apparence, sans armes qu'on s'avance vers le malade pour le défendre contre la maladie. Vous croyez qu'il va prendre peur, douter de l'efficacité de votre protection ! Eh bien, non ; il a le bon sens de penser que puisqu'on n'est pas armé jusqu'aux dents, c'est apparemment qu'il n'y a pas de danger !

Médecins, réfléchissez donc un peu à l'efficacité d'une pareille conviction !

TRENTE-DEUXIÈME LEÇON

Preuve de la valeur du traitement moral dans les psychonévroses ; modifications de la mentalité à la suite d'un conseil. — Relation d'un cas de psychonévrose qui, ayant résisté à la cure physique et morale, guérit d'un jour à l'autre sous une influence psychique. — Cas divers de nervosisme dans lesquels la guérison a été obtenue, sans moyens physiques, par la psychothérapie dans le cours de quelques conversations.

Je serais entraîné trop loin si je voulais énumérer les cas de psychonévrose guéris par ces moyens, analyser la psychologie de tous ces malades. Je me suis borné à décrire quelques observations typiques ; elles me paraissent suffisantes pour mettre sur la voie les médecins doués de quelque clairvoyance.

La plupart des résultats que j'ai cités ont été obtenus dans les conditions favorables d'une cure de repos, d'isolement, de suralimentation, de massage. J'ai eu soin de bien noter que je ne considérais ces moyens que comme des auxiliaires et que j'attribuais la guérison au *traitement moral*.

Mais je prévois une objection. On pourrait me dire : oui, les résultats sont frappants, mais vous avez employé simultanément des moyens divers et rien ne prouve qu'il faille mettre l'influence psychique au premier plan. Vous faites trop bon marché des mesures physiques et vous oubliez que d'autres obtiennent des résultats analogues par les traitements physiques et médicamenteux sans qu'ils songent à y adjoindre une psychothérapie voulue.

Oui, je le sais ; les névrosés guérissaient avant l'invention de la psychothérapie rationnelle. Mais, je l'ai dit, tout traitement exerce une influence suggestive ; il est impossible d'éliminer ce facteur.

D'un autre côté j'ai vu guérir, par les moyens que je préconise, tant de malades dont le nervosisme avait résisté aux traitements usuels, que je suis forcé de reconnaître la puissance du traitement psychique. Déjà dans le cours d'une cure à la Weir Mitchell, il est possible de faire la part du physique et du moral. Le repos, l'alimentation, le massage, ne peuvent agir que lentement, progressivement ; il faut savoir attendre la guérison. Mais, quand, dès le début du traitement ou dans son cours, une amélioration subite survient à la suite d'une conversation, quand le malade reconnaît lui-même qu'il n'a cédé qu'à de bonnes raisons, il est impossible de nier cette action morale.

Dans toutes mes observations j'ai noté cette influence curative de l'idée. Sans doute le repos fait du bien aux malades ; l'isolement peut leur donner le calme moral, éliminer des influences fâcheuses ; l'amélioration de l'état de nutrition est désirable. Mais c'est par la *persuasion* qu'on supprime les craintes, les préventions, les idées fixes d'impuissance physique, intellectuelle et morale. C'est par la parole qu'on amène les dyspeptiques non seulement à manger sans appétit, mais à digérer. C'est par des conseils de saine philosophie médicale qu'on guérit l'insomnie, la constipation, la tachycardie émotive et tous les autres symptômes du nervosisme. C'est, enfin, par une psychothérapie plus élevée encore qu'on rend au malade la confiance en lui-même et qu'on l'amène à une tenue morale vaillante qui le met à l'abri des récidives.

Les rares insuccès d'une cure psychothérapique faite

dans des conditions favorables peuvent parfois servir à la démonstration et établir la valeur de l'influence psychique.

J'ai cité dans la *Revue de médecine* [1] le cas suivant :

Il y a quelques années je fus appelé par un confrère auprès d'une dame de trente-six ans, qui depuis plusieurs années souffrait de troubles gastro-intestinaux très graves, anorexie complète, langue chargée, douleurs d'estomac, renvois nauséabonds, vomissements, constipation opiniâtre alternant avec des débâcles intestinales. Elle souffrait de maux de tête intenses, d'insomnie, était anxieuse et triste, exubérante dans l'exposé de ses maux ; mais ces symptômes avaient été relégués au second plan, par les nombreux spécialistes qui ont remis en honneur la gastro-entérite universelle de Broussais. La malade était traitée sans succès aucun par le régime, les lavages d'estomac et du gros intestin, par les médicaments stomachiques.

Je fus au contraire frappé de l'état psychique de la malade. Elle avait le regard caractéristique de l'hystérique, l'œil à la fois vague et anxieux. Sans négliger les troubles de la digestion, elle insistait sur les maux de tête affreux, permanents, sur l'angoisse précordiale. Malgré l'alimentation insuffisante, elle avait conservé un certain embonpoint, n'était pas anémique, et cependant elle était aménorrhéique depuis sept mois. Tous ces accidents étaient survenus dès le début d'une vie conjugale malheureuse qui aboutit au divorce, après des années de martyre. Le médecin qui la soignait en dernier lieu concluait comme moi à une dyspepsie nerveuse accompagnant un état hystéro-mélancolique et n'hésita pas à

1. *Loco citato.*

faire jouer aux malheurs conjugaux le rôle étiologique prépondérant. Après un essai de traitement à domicile, je dus prendre la malade à ma clinique et la soumettre à ma cure habituelle.

Je réussis très bien au début, les fonctions digestives se rétablirent, le sommeil revint, les maux de tête diminuèrent et, à la cinquième semaine, je pouvais espérer une guérison rapide et complète. Subitement, je ne sais sous quelle influence, la malade m'échappa mentalement, elle devint rebelle, moins accessible à ma psychothérapie : il y eut un certain froid entre nous. Alors le regard devint névrosé, et en quelques jours je vis renaître la dyspepsie dans toute son intensité. L'anxiété arriva à son comble au point de me faire craindre le développement d'une vraie mélancolie ; la langue se chargea, les éructations devinrent nauséabondes, l'estomac se dilata, la diarrhée survint, explosive, ramenant des restes d'aliments mal digérés et des gaz fétides.

Si assuré que je fusse de la nature nerveuse du mal, je me sentis ébranlé et je fus sur le point de recourir à la pompe stomachale, de restreindre l'alimentation. Mais je n'eus pas le courage de cette palinodie, non par la crainte puérile d'avouer une erreur de diagnostic, mais parce que je connaissais l'insuccès des tentatives précédentes, et parce que je craignais de perdre l'influence suggestive qui me semblait nécessaire pour arriver au but. J'hésitai si bien que la malade perdit patience et partit sans avoir obtenu une amélioration.

J'appris plus tard qu'elle était revenue à son idée ancienne de l'origine gastrique du mal, qu'elle était retombée aux mains des chimiatres qui avaient repris les lavages d'estomac, les irrigations de l'intestin, le régime restreint. J'appris aussi l'insuccès de ces tentatives conti-

nuées pendant des mois et je croyais la malade perdue. Environ un an après, le confrère qui me l'avait adressée m'annonçait la complète guérison de la malade, survenue brusquement, d'un jour à l'autre, sous l'influence unique d'un changement d'état d'esprit. La malade, d'une foi tiède jusqu'alors, était entrée dans une secte protestante et du jour au lendemain tous les troubles cessèrent. Quand mon confrère lui demanda : Et vous digérez tout, même les aliments lourds ? elle répondit avec un sourire d'illuminée : mais oui, les aliments nous ont été donnés pour notre bien, ils ne peuvent nous faire aucun mal !

La guérison s'est maintenue, et la malade elle-même me l'a annoncée en l'attribuant uniquement à l'influence divine. Si désolé que je fusse d'abord en constatant l'inefficacité de mes efforts, je n'ai pu que féliciter la malade d'avoir trouvé la santé, et, après coup, pour mon instruction personnelle, je suis très heureux qu'elle l'ait recouvrée par cette voie toute psychique.

Depuis bien des années je ne soumets au traitement régulier dans une clinique que les malades épuisés, émaciés. Je ne leur laisse pas même l'illusion de croire que ce traitement matériel suffira ; j'insiste au contraire pour leur faire comprendre que la guérison n'est possible que par la voie psychique.

La rapidité avec laquelle se fait ce changement de mentalité est vraiment étonnante. Citons-en quelques exemples :

M. X. est un neurasthénique d'une quarantaine d'années qui a toujours été fatigable et d'humeur un peu hypocondriaque. Il est dyspeptique, a souvent de l'insomnie, mais ce qui le tourmente le plus c'est la sensibilité au bruit. Les bruits de la rue l'agacent, lui font mal à la tête.

Ne trouvant aucune indication à la cure Weir Mitchell, j'installe le malade dans une pension. A peine y est-il qu'il vient se plaindre. Il y a dans le voisinage un chaudronnier qui, toute la journée, martelle ses cuivres ; le malade compte les coups de l'ouvrier et quand ce dernier s'arrête, il se dit : cela va recommencer ! Il y a beaucoup de chars qui passent et qui grincent sur le gravier du chemin ; c'est insupportable ! La nuit, ce sont les chiens qui hurlent à la lune, des voisins qui rentrent tard !

C'est avec l'accent du reproche que mon homme me raconte ses ennuis, car il m'avait prévenu par lettre, bien des semaines à l'avance, qu'il lui fallait une chambre tranquille.

— Monsieur, lui dis-je, je n'avais pas d'autre chambre à votre disposition et si vous tenez à mes conseils, il faudra bien rester ici ; je vous avouerai même que, si j'avais eu une chambre plus tranquille, j'aurais hésité à vous la donner.

— Ah, par exemple, ce n'est pas aimable ce que vous dites là !

— Pardon, vous vous méprenez sur le sens de mes paroles. Vous voulez, n'est-ce pas, vous débarrasser de cette sensibilité au bruit qui vous tourmente depuis tant d'années ? Si je vous mettais dans une boîte de coton, vous souffririez moins, mais quand je vous en ferais sortir vous seriez plus sensible encore ; vous savez que quand nous avons été dans l'obscurité la lumière d'une bougie nous éblouit. Jamais vous ne vous débarrasserez de cette infirmité en cultivant votre hyperesthésie. Sans doute il ne faut pas exagérer, et je n'ai nullement l'intention de vous placer dans des conditions particulièrement difficiles, dans une maison bruyante. Mais la retraite que je vous offre est tranquille dans la mesure

du possible. Vous retrouverez partout ces bruits résultant de l'activité de vos semblables. Vous ne voulez pourtant pas vivre en ermite ; votre profession exige le séjour dans les villes. Que deviendrez-vous si vous ne savez pas ramener votre sensibilité à la normale ?

— Mais c'est plus fort que moi, mes nerfs auditifs sont doués d'une sensibilité maladive.

— Vous faites erreur. Votre acuité auditive est normale. Ce ne sont pas vos oreilles qui sont trop sensibles, c'est votre esprit. Le bruit ne vous énerve que parce que vous y faites attention, parce que vous avez la conviction que vous ne pouvez pas le supporter. Croyez-moi, on n'entend bien que ce que l'on écoute (vous m'avez dit que vous comptez les coups de l'ouvrier) ; on ne voit bien que ce que l'on regarde ; on ne sent que les sensations sur lesquelles on porte son attention. Sans doute si le bruit est trop intense, la lumière aveuglante, notre attention est immédiatement fixée et je ne vous demanderai pas de ne pas tressaillir si une bombe éclate à vos côtés. Mais les bruits de la vie sont inévitables et il nous faut savoir les négliger. Ce qui manque aux neurasthéniques, c'est le pouvoir d'adaptation. Dites-vous donc : Je ne veux plus faire attention à ces bruits ; ils ne dépassent pas la limite supportable.

Au bout de trois jours, mon malade avait supprimé cette hyperesthésie toute psychique et je n'eus plus à m'occuper de ce symptôme.

Cette sensibilité au bruit est fréquente chez mes malades et j'ai toujours réussi à la faire disparaître par ces conseils.

Il en est souvent de même des sensibilités toutes morales.

M[lle] X. est une institutrice qui depuis longtemps souffre

de dyspepsie, d'anorexie, qui a perdu environ 10 kilogrammes dans l'espace de quelques mois. Elle a une légère infiltration du sommet droit. Aussitôt j'insiste sur la nécessité de la suralimentation et lui dicte le régime des trois repas copieux avec du lait à dix heures, quatre heures et neuf heures.

Remarquant son impressionnabilité, sa tristesse, je m'informe de sa situation et lui demande si elle est heureuse dans la place qu'elle occupe.

— Non, dit-elle ; j'ai à supporter dans cette famille divers ennuis et c'est cela qui m'a rendue nerveuse.

— Ne pourriez-vous pas changer de position, trouver une place qui vous convienne mieux ?

— Ah, mais non, je ne voudrais pas. J'ai dans cette position de grands avantages pécuniaires ; nous passons les hivers dans le Midi, les étés à la campagne, et il me serait difficile de trouver mieux à ce point de vue.

— Mademoiselle, il ne faut jamais rester entre deux chaises, mieux vaut s'asseoir sur la meilleure. Quand on n'est pas content d'une position, on en change si l'on peut. Si ce n'est pas possible, surtout quand on est retenu par d'aussi bonnes raisons, on la garde, mais alors il faut la garder avec bonne humeur. Ce n'est pas la résignation maussade que je vous recommande, car elle est un vice, c'est l'adaptation.

Ces conseils, développés dans une seule mais longue conversation, eurent un effet définitif. La malade sut pratiquer la suralimentation, regagna les kilogrammes perdus. Elle sut aussi accepter sa vie et n'a plus à se plaindre du nervosisme.

Les médecins neurasthéniques sont en général plus rebelles que les autres humains ; ils ratiocinent et m'opposent souvent tout le bagage de leurs opinions précon-

çues. Il y en a cependant qui ont le coup d'œil prompt. Exemple :

Un confrère m'écrit d'une station de montagne. Il m'apprend qu'il souffre depuis longtemps de neurasthénie, qu'il vient de faire un long séjour d'altitude et me demande quelle autre station je pourrais lui indiquer pour la neurasthénie.

J'avais bien envie de lui répondre : la neurasthénie est un mal psychique ; elle peut être soignée au niveau de la mer comme à 1 800 mètres d'altitude ; mais craignant de le rebuter en lui exprimant si franchement mon opinion, je le priai de venir me voir. Je le vis à l'hôtel. C'était un homme fort, dans un bon état de nutrition, sans lésions organiques. Il avouait du reste qu'il allait mieux physiquement et ne se plaignait plus de la psychasthénie qui l'empêchait de travailler. Malgré l'amélioration obtenue il paraissait croire que les progrès seraient lents, et c'est dans les mesures physiques qu'il cherchait le remède.

Dans une conversation intime d'une heure, je n'eus aucune peine à lui montrer la nature mentale de son impuissance, de sa veulerie neurasthénique. Je lui montrai qu'il lui manquait le ressort moral, l'enthousiasme. Il le reconnut et me dévoila ses faiblesses morales qui l'avaient amené autrefois à la morphinomanie dont il s'était du reste guéri.

Nous causâmes tout bonnement hygiène et philosophie, et quand j'eus fini le malade s'écria : Vous m'ouvrez des horizons tout nouveaux ; que ne m'a-t-on dit cela plus tôt ! Comment se fait-il que je n'aie pas su voir tout seul ces vérités ? Évidemment je suis en bonne santé physique et n'ai nul besoin de traitements matériels. Il faut que je tende le ressort moral. — Je crois que maintenant je puis retourner chez moi, reprendre ma clientèle. Permettez-

moi cependant de passer demain à votre cabinet, peut-être aurai-je quelques objections à vous soumettre ou des conseils à vous demander.

Il vint le lendemain et, plus convaincu que la veille, retourna chez lui et reprit ses occupations. Quelques semaines après il m'annonçait que sa santé physique s'affermissait de jour en jour. Dans une seule conversation il avait vu toute la vérité.

En reprenant sa clientèle gynécologique, il reconnut que l'aménorrhée, la dysménorrhée, les flueurs blanches, peuvent avoir une origine psychique ; il s'informa de l'état d'âme de ses malades et sut tirer parti de ces données pour les guérir.

Dans une de ses lettres il me disait : Je ne puis pas dire que je ne sois plus jamais neurasthénique, mais je m'en console en constatant que tout le monde autour de moi l'est aussi. Quand je sens baisser mon courage, je lis les lettres de Sénèque à Lucilius !

J'ai revu quelquefois non pas ce client, mais cet ami ; il a su garder la tenue morale qu'il avait si vite retrouvée.

Les jeunes gens qui ne sont pas encore blasés subissent très vite l'influence réconfortante et l'encouragement.

Un étudiant en droit de vingt ans vient me consulter. Il a été soigné pendant plusieurs années par de nombreux médecins qui l'ont déclaré anémique. Enfin un médecin plus perspicace reconnaît la neurasthénie, et le malade, soumettant son propre cas à une analyse intelligente, retrouve dans sa famille divers stigmates du nervosisme. Cette constatation ne l'encourage guère ; elle fait naître de nouvelles phobies.

Homme aux petits papiers, il a noté ses symptômes : fatigue continuelle, difficulté à travailler, diminution de

la mémoire. Il sent des pulsations dans la tête, dort mal, a peu d'appétit. Cependant le sommeil est un peu meilleur depuis qu'il a pris des vacances. Il a souvent les yeux enflammés et remarque qu'ils sont rouges quand il est nerveux. Il éprouve une sensation de lourdeur dans les jambes et a cru devoir faire en voiture le chemin de la gare à mon domicile. L'hiver précédent, il a souffert de troubles digestifs qui n'ont cédé à aucune médication.

L'appétit est actuellement passable, mais il n'ose manger à sa faim le soir, dans la crainte de ne pas dormir. Il a souvent, depuis l'enfance, des battements de cœur, et il a lui-même reconnu qu'ils sont d'origine émotive, car l'attente du moindre événement les provoque. Il a pratiqué l'onanisme de quatorze à dix-sept ans, et il est sujet à des pollutions fréquentes qu'il combat en couchant à la dure. Enfin il y a alternance chez lui entre la constipation et les débâcles diarrhéiques. Il est sujet aux angines.

Malgré ces symptômes assez marqués et rebelles de neurasthénie, le malade a conservé la mentalité du jeune homme ; il voit encore la vie en rose. Je profite aussitôt de cette mentalité et je n'hésite pas à lui dire : Mais, mon ami, vous n'avez rien du tout. Vous êtes un peu maigre parce que vous n'osez pas manger à votre faim, mais vous êtes bien constitué et vous devriez avoir la qualité maîtresse de la jeunesse, la confiance en vous-même. Avant tout, ne devenez pas hypocondre ! Pourquoi vous inquiétez-vous de vos battements de cœur, alors que vous savez que c'est vous qui les provoquez en vous faisant pour rien des émotions ? Un étudiant ne doit pas avoir la sensibilité d'une jeune fille.

Quant à vos lassitudes, vous me paraissez les subir

trop passivement. Relevez-vous, que diable ! vous êtes jeune, fort et sain. Jetez-moi tous ces malaises sans importance dans le panier aux bobos.

La conversation continua sur ce ton, et laissant le malade reprendre la vie normale, je le priai de revenir dans quinze jours.

Il ne revint pas, mais, au bout d'un mois, il m'écrivit : Je vais très bien. Pensez qu'en sortant de chez vous j'ai fait en ville une promenade de deux heures sans fatigue. J'ai repris mon travail, ma vie d'étudiant à la fois laborieuse et gaie.

Plus tard il m'annonça que le mieux continuait et qu'il venait de guérir, en répétant mes conseils, une cousine atteinte de neurasthénie ancienne.

Il n'est pas rare que des malades guéris par cette psychothérapie sachent influencer à leur tour d'autres sujets, et je connais un de mes clients; un père jésuite, qui a déjà à son actif plusieurs guérisons.

Le lecteur pourrait avoir l'impression que les cas que je viens de citer ne sont pas graves, qu'il ne s'agit que de petits neurasthéniques. Pourquoi alors n'ont-ils pas guéri avant, pourquoi ont-ils dû recourir sans succès aux soins de divers médecins ?

J'ai vu les mêmes moyens amener la guérison dans des cas qui paraissaient désespérés et qui, il y a dix ans encore, m'auraient paru exiger la cure Weir Mitchell la plus sévère.

Il y a quelques années, je reçois à mon cabinet un jeune homme de vingt ans, étudiant en médecine. Au premier coup d'œil je reconnais en lui un grand neurasthénique, obèse, pâle, bouffi. Il s'avance avec cette lenteur solennelle, ce regard tragique qu'ont parfois les mélancoliques. Il me raconte ce qui suit :

« Je suis malade depuis plusieurs années. Au début j'ai eu un appétit maladif, une véritable boulimie, et je suis arrivé au poids de 92 kilogrammes (taille d'environ $1^{m},60$). L'appétit baissa peu à peu et fit place à une inappétence absolue avec dyspepsie. J'en étais arrivé à ne plus supporter aucun aliment ; le repas le plus léger me laissait à l'estomac un poids très gênant pendant plusieurs heures. Je ne supportais même plus le lait. Après chaque repas j'éprouvais des congestions très pénibles qui ne cessaient qu'au bout de quelques heures.

« J'étais fort incommodé par des battements de cœur, ou cinq jours sans aller à la garde-robe. Pendant l'été de 1896 je commençai à avoir des urines très troubles, laiteuses, des phosphates en abondance.

« J'étais fort incommodé par des battements de cœur, surtout après les repas. J'avais des intermittences ; le cœur s'arrêtait pendant la durée d'une ou deux pulsations, puis se remettait à battre dans un mouvement accéléré. La nuit, cette arythmie s'accompagnait d'angoisse et d'oppression.

« Depuis longtemps j'avais senti mes forces intellectuelles diminuer. J'avais dû restreindre mon travail, et en juin j'en étais arrivé à ne plus pouvoir supporter la moindre occupation intellectuelle. Je ne pouvais fixer mon attention ; quelques minutes de lecture me congestionnaient ; un brouillard s'étalait devant mes yeux, les lettres dansaient et je ne pouvais plus comprendre ce que je lisais. Je fus obligé de suspendre toute correspondance.

« J'éprouvais des douleurs dans la tête, surtout entre les yeux ; il me semblait que ma tête était serrée dans un étau. Cette céphalalgie était plus marquée le matin au réveil que le soir. Il me semblait que j'étais dans un état

continuel de rêve ; indifférent à tout je ne pouvais sortir de mon état d'apathie.

« Mon état normal était très mauvais ; j'étais accablé par le découragement ; parfois cette dépression psychique était interrompue par de courts moments d'excitation, mais au bout de quelques minutes je retombais dans ma prostration. J'étais devenu irritable, et la privation d'un objet désiré me mettait dans une colère qui me laissait brisé pour de longues heures. Ma force physique avait diminué.

« J'étais affligé d'insomnies et ne m'endormais que vers deux ou trois heures du matin. J'avais toujours trop chaud, si bien qu'en janvier je me tenais près de la fenêtre ouverte, sans chauffage. La nuit ma tête s'échauffait sur l'oreiller. En été le sommeil revint mais troublé par des rêves.

« Depuis longtemps je perdais les cheveux au point d'arriver à une calvitie marquée. J'étais sujet à un coryza chronique ; les moindres égratignures s'éternisaient chez moi, suppuraient ; l'état général était très mauvais.

« Inutile de dire que, spontanément ou sur le conseil de médecins, je m'étais saturé d'antipyrine, de bromure, d'arsenic. J'avais pris de l'acide chlorhydrique pour mes digestions et épuisé la liste des purgatifs. Ma confiance dans la médecine était complètement ébranlée. »

Après avoir écouté ce récit et constaté l'état profond de dépression, j'eus d'abord une impression très défavorable, mais la crainte même d'un insuccès, le sentiment du danger pressant, me redonnèrent courage.

En présence de l'obésité je ne trouvais pas indiquée la cure de lit ; je n'avais que faire d'une suralimentation par le lait. Une cure dans une clinique, toujours plus ou moins dispendieuse, me parut fâcheuse en raison de la

pauvreté du jeune homme qui se serait fait scrupule d'imposer à ses parents des dépenses.

Après quelques secondes de réflexion, mon parti fut pris et je dis au malade : Mon ami, vous pouvez vous guérir sans mesures sévères. Mais alors écoutez-moi bien : Vous allez retourner chez vous, à votre pension, et vous remettre à une vie presque normale. Mangez vos trois repas ordinaires, sans choisir parmi les aliments ; je vous recommande les légumes verts ; n'abusez pas des viandes et supprimez le vin.

Combattez la constipation par le dressage à heure fixe.

Couchez-vous vers dix heures et abordez la nuit sans appréhension d'insomnie.

Quant au travail faites-en ce que vous pouvez, ne fût-ce que cinq minutes, et quand vous avez mal à la tête, des congestions, étendez-vous sur un sopha pour reprendre le travail dès que vous pourrez. Et, avant tout, débarrassez-vous de toute crainte au sujet de tous ces troubles fonctionnels. Ils disparaîtront si vous savez les négliger. Votre mal est plus moral que physique et peu à peu vous retrouverez la santé et la faculté du travail. Revenez dans la quinzaine.

Le malade revint. Il marchait d'un pas plus vif ; un sourire illuminait sa face encore bouffie. Je crois que cela va, dit-il.

Dans cette deuxième consultation je revins en détail sur ces conseils, exposant à l'intelligent malade toutes mes vues sur l'influence du moral sur le physique. Quinze jours après je le revis pour la troisième et dernière fois. Il avait maigri ; sa figure s'était rajeunie ; il avait la démarche élastique d'un jeune homme. Cela va, s'écria-t-il gaiement. Je puis déjà travailler quelques heures par jour ; j'ai un appétit normal, je ne souffre

plus de l'estomac, j'ai des selles régulières ; je dors, et les maux de tête se font plus rares.

Quelques mois plus tard je voyais mon jeune homme monté sur une bicyclette, pédalant avec vigueur. J'appris qu'il savait mener de front des études très sérieuses et des distractions mondaines et sportives. Il passa d'excellents examens. En 1897 il supporta sans difficulté le service militaire. Depuis lors la santé est restée parfaite.

Voilà un malade que j'ai vu trois fois, auquel je n'ai donné que des conseils d'hygiène physique et morale, sans isolement, sans repos complet, sans régime, sans médicaments. L'amélioration commence avec la première consultation, s'accentue graduellement et si vite qu'il n'éprouve pas le besoin de me demander une quatrième consultation. Remis dans la bonne voie, il marche tout seul vers la guérison.

Le malade qui a résumé par écrit son observation a très bien saisi la valeur du traitement moral.

« Après cette consultation, écrit-il, je me sentais déjà beaucoup mieux moralement, et partant, physiquement aussi. Nous eûmes encore des entretiens semblables qui achevèrent de me remonter, de me rendre mon énergie, qui m'avait depuis longtemps abandonné et, un mois après, je pus reprendre mes études, progressivement, travaillant très peu, mais assez pour chasser le fantôme de mes maux qui jusqu'alors hantait constamment mon esprit. »

Voilà un jeune médecin qui restera convaincu de l'influence du moral sur le physique et qui, je l'espère, saura profiter de cette expérience personnelle pour ramener de nombreux neurasthéniques à une vie saine.

TRENTE-TROISIÈME LEÇON

Cures psychothérapiques sans intervention de mesures physiques. — Cas de neurasthénie à forme mélancolique; guérison; récidives. — Cas de déséquilibre; suppression de toutes les impulsions maniaques par quelques conversations. — Incurabilité de certaines psychonévroses. — Particularités mentales qui font prévoir l'insuccès; fous moraux. — Troubles des sentiments affectifs dans les psychonévroses.

Les mêmes moyens peuvent amener la guérison, — je n'aurais pas osé l'espérer autrefois, — dans des cas où le mal est plus ancien encore. Le cas suivant a beaucoup étonné le neurologiste et psychologue distingué qui avait donné des soins à la malade pendant bien des années.

Mme W. est une forte personne de trente-cinq ans qui, depuis environ seize ans, souffre d'un état de neurasthénie à forme mélancolique, auquel s'ajoutent, par périodes, quelques symptômes hystériques. Aucun traitement n'a pu, dans cette longue période, amener la guérison ; les améliorations n'ont été que minimes et passagères.

Déjà impressionnable et fatigable à l'âge de jeune fille, la malade a souffert d'un catarrhe de l'oreille moyenne. La surdité qui en est résultée lui a rendu assez pénibles les devoirs de société et contribué à entretenir une disposition mélancolique. Elle a toujours eu le caractère un peu indécis, la tendance à prendre les choses au tragique.

Les antécédents héréditaires ne sont pas défavorables. La mère, un peu nerveuse, a élevé son enfant avec plus d'amour que de bon sens ; elle n'a jamais bien compris

le besoin de repos de sa fille et s'est opposée souvent à des mesures qui auraient été utiles. Un frère a été neurasthénique, mais a retrouvé son équilibre psychique à la suite d'un changement favorable de carrière. Les autres membres de la famille paraissent avoir été exempts de tares nerveuses.

La malade s'est mariée à vingt-sept ans dans d'excellentes conditions morales et l'harmonie conjugale la plus parfaite n'a cessé de régner dans le ménage. A vingt-huit ans, accouchement assez difficile. Dès lors : fatigabilité croissante, impossibilité de supporter la lecture, le travail de l'esprit. Maux de tête, casque neurasthénique, sensation de griffe au sommet de la tête, tristesse. Tous ces symptômes caractéristiques de la neurasthénie coexistaient avec une santé corporelle parfaite, un teint de rose, un état de nutrition normal. Une cure d'air à la montagne n'amena qu'un soulagement insignifiant.

Dans la troisième année du mariage, deuxième grossesse qui n'eut sur le mal aucune influence. Cure d'hydrothérapie et de massage sans le moindre succès. Une deuxième cure du même genre, faite l'année suivante, amena au contraire une aggravation notable ; même insuccès entre les mains d'un guérisseur célèbre, mais auquel la malade ne put accorder sa confiance.

L'état s'aggrave de plus en plus : impuissance physique et intellectuelle, tristesse, angoisse précordiale intense, insomnies fréquentes. On emploie, contre ces symptômes déjà mélancoliques, le repos au lit pendant plusieurs semaines, le bromure de potassium dont l'usage est prolongé pendant six mois.

Pendant deux ans on persiste dans ce traitement physique et le mal s'aggrave toujours. L'angoisse précordiale devient un des symptômes prédominants. La malade

devient irritable, ne peut plus supporter la présence de ses enfants. Le symptôme caractéristique des états mélancoliques, la conviction d'incurabilité, s'établit.

Le médecin qui l'a soignée pendant les deux dernières années n'ose affirmer l'hystérie quoique la sensation de « griffe sur la tête » lui paraisse rappeler le « clou hystérique ». Il ne trouve rien d'anormal dans la vie sexuelle et, porté à attribuer un rôle important à cette étiologie, il hésite encore dans ses diagnostics. Ayant constaté un peu de diathèse urique et d'oxalurie, il se demande si cet état psychopathique n'est pas dû à des auto-intoxications. Il note, comme circonstances aggravantes, la surdité, les bourdonnements d'oreilles qui énervent la malade et entretiennent sa disposition pessimiste.

A la première entrevue, je suis frappé de la bonne santé physique de la malade et plus je la questionne, plus je vois prédominer le trouble de l'état mental dans le sens hypocondriaque et mélancolique. C'est avec effroi qu'elle subit tous ses malaises nerveux, qu'elle constate son impuissance dans tous les domaines. Elle a la conviction qu'elle ne guérira pas et ne manifeste qu'une très maigre confiance dans mon traitement. Cette confiance diminue encore quand je lui expose mon intention de lui faire subir un traitement tout moral. Les résultats de cette première consultation ne me paraissent nullement encourageants.

Malgré l'état d'affaissement de la malade, sa démarche lente, l'aspect anxieux de sa physionomie, je renonce d'emblée à la cure du repos au lit. La suralimentation n'est nullement indiquée, la malade ayant la tendance à l'obésité et à la pléthore. Je l'isole dans une pension à la campagne, pour empêcher toute ingérence du mari dans le traitement. Je ne connaissais pas alors toutes les

qualités morales de cet excellent homme. Retenu du reste par ses occupations, il ne pouvait s'installer auprès de sa femme.

Le traitement tout entier fut uniquement psychothérapique. Je laissai la malade vivre comme elle voulait. Elle pouvait se lever ou rester au lit, s'isoler dans sa chambre ou faire la conversation avec les autres pensionnaires, suivre toutes les impulsions de sa disposition momentanée. Accompagnée d'une femme de chambre, elle pouvait faire quelques promenades ou rester tranquille, lire, ou faire des travaux à l'aiguille. Intentionnellement je ne me suis jamais informé de ces détails, à mon avis sans importance. Même liberté au sujet de l'alimentation.

Dans des conversations journalières, sans me laisser décourager par le scepticisme de la malade, j'insistai sur la nécessité de négliger, comme bobos, tous les malaises nerveux, griffe sur la tête, casque neurasthénique, sensation de froid et de chaud, insomnie, angoisse. Je lui montrai que ce sont là des conséquences banales du nervosisme, qui, si pénibles qu'elles soient, sont toujours sans danger. La malade renonça dans l'espace de quelques jours à toutes les doléances à ce sujet ; le terrain était déblayé. La phobie la plus tenace fut celle de l'angoisse précordiale. Ce trouble mental l'inquiétait, lui faisait craindre la folie. Tout en reconnaissant que ce sentiment devait être pour elle le plus pénible, tout en la plaignant, je lui répétai qu'au point de vue médical, ce trouble n'était pas plus inquiétant que les autres.

De jour en jour je vis s'accroître l'ascendant moral que j'exerçais sur elle. Ses protestations prenaient le caractère d'objections spécieuses qu'elle me soumettait avec un sourire qui disait : J'ergote, mais je sens que vous avez raison !

Peu à peu, laissant dans l'ombre toutes les manifestations du nervosisme, j'osai aborder des questions plus générales de morale, de philosophie pratique. Je n'hésitai pas à lui faire toucher du doigt l'égoïsme maladif dans lequel elle vivait, toujours préoccupée de son bien-être. J'orientai sa pensée dans le sens altruiste, lui conseillant de penser aux siens, à son excellent mari, à ses enfants.

Elle sut s'enthousiasmer pour ces leçons si simples sur l'art de vivre, et m'entraînait par ses questions sur des sujets toujours plus élevés. Parfois elle considérait mes conseils comme trop théoriques, les aurait voulus plus concrets ; souvent aussi, comme la plupart des névrosés, elle semblait admettre que tout cela était très vrai pour les autres, mais pas pour elle, faible de *nerfs*. — Rien n'est facile, pour qui a saisi les indications de la psychothérapie, comme de combattre ces objections par une dialectique serrée, par l'influence morale.

Peu à peu la conversion intime devint complète, et, au bout de quelques semaines je pus autoriser la correspondance avec le mari. Deux mois suffirent pour amener la guérison, et la malade put reprendre sa place dans sa maison, active, infatigable, gaie, débarrassée de toute phobie.

Le médecin distingué qui lui avait donné des soins la vit quelques semaines après son retour et m'écrivit : J'ai revu notre malade et je dois avouer qu'elle est, tout simplement, « une autre personne » que celle que j'ai observée pendant deux ans. Je ne pense pas qu'on doive attribuer un changement pareil au séjour de deux mois à la campagne, à l'isolement relatif ; il est de toute évidence que la « causa efficiens » réside dans votre *traitement moral*.

Pendant dix mois la guérison se maintint, et je pus

croire la malade à l'abri de toute récidive. Mais bientôt je reçus des lettres alarmantes. La malade s'était fatiguée, avait eu beaucoup de soucis et, au moment où elle aurait eu besoin de déployer toute son activité, elle se blessa le dos du pied en marchant ; ce n'était qu'une petite tache rouge provoquée par la pression du soulier. Ce fut là l'occasion d'une rechute, et il est intéressant de voir par quel mécanisme s'établit la récidive et comme quoi les médecins contribuèrent à la faire naître. Tout d'abord, sans insister suffisamment sur le peu d'importance de la lésion, on fit faire à la malade des souliers spéciaux pour éviter toute pression sur le point douloureux ; ces tentatives ne réussirent pas et la malade s'impatienta. Alors on conseilla le repos sur la chaise longue et un médecin crut apercevoir quelques traces de phlébite. Au lieu de s'en assurer et de n'en parler qu'après, il émit cette hypothèse devant la malade. Voilà notre malade désolée d'être réduite à l'impuissance au moment même où elle avait devant elle une grande tâche.

C'est pendant plusieurs semaines qu'elle se tourmente ainsi ; elle en perd le sommeil et le nervosisme augmente. Ce qui l'obsède est cette idée d'incapacité croissante, faisant naître chez elle la crainte de ne pouvoir suffire à sa tâche de mère de famille ; elle se fait des reproches ; ces préoccupations deviennent nettement mélancoliques, s'accompagnent d'une vraie angoisse précordiale et d'insomnie.

La malade vient me voir, et, dès la première entrevue elle manifeste la conviction qu'elle est maintenant beaucoup plus malade que la première fois et qu'elle ne guérira pas.

Dans la première conversation, je dissipe aussitôt toute crainte au sujet du pied. Après avoir bien examiné je

puis exclure toute phlébite ; tout se réduit à une légère irritation de la peau. Je lui montre que ce mal est si insignifiant qu'elle n'a aucune précaution à prendre au sujet de sa chaussure. Un sourire effleurant les lèvres de la malade, j'ose prendre le ton de la plaisanterie et je dis à la malade que je veux bien m'occuper de sa personne mais à l'exclusion du pied dont elle ne doit jamais me parler ! Elle accepte, se chausse de souliers quelconques et ne me parle jamais de son pied. Comme dans la première cure nous causons psychothérapie, philosophie, morale, et au bout de six semaines la malade est guérie.

Treize mois se passent dans l'euphorie la plus complète. Elle supporte une nouvelle grossesse ; elle soigne avec dévouement ses enfants malades, fait face à de grosses difficultés. Il ne s'agit pas seulement d'une amélioration, c'est une suppression complète de tous ses maux ; elle se sent mieux que pendant les seize années antérieures. Mais nous ne sommes pas encore au bout de nos peines.

A la suite d'un déplacement de son mari, elle est obligée de s'installer dans une autre ville ; elle se trouve en face de nouvelles difficultés succédant à une période de surmenage. Elle se les exagère, sent renaître en elle le sentiment qu'elle est au-dessous de sa tâche et, toujours pusillanime, indécise, elle retombe dans cet état neurasthénique et mélancolique.

Cette périodicité dans les rechutes pourrait faire classer le cas dans le cadre de la dépression périodique de Lange ; il se peut que quelque changement intime du chimisme de l'organisme motive l'impressionnabilité de la malade. D'un autre côté chacune des récidives a été amenée par des difficultés réelles, capables en elles-mêmes de décourager, et, trop peu affermie dans son

moral, elle n'a pas su y opposer un optimisme de bon aloi.

Ce n'est pas qu'elle ait oublié mes conseils. Au contraire, elle les applique, et elle lutte pendant plusieurs mois. Parfois, elle se ressaisit, puis elle retombe. Les bonnes nouvelles alternent avec les mauvaises par lettres, par télégrammes. J'ai le sentiment que si j'étais auprès d'elle, je réussirais à la soutenir et à assurer la victoire.

J'essaie par lettre de lui rendre le courage, espérant être soutenu par le médecin de la famille qui possède la confiance de la malade. Mais mon confrère n'a pas la foi ; il juge trop grave l'état de la malade et manifeste dès le début l'idée qu'elle ne guérira que si elle se remet entre mes mains.

Je me vois obligé de la reprendre pour la troisième fois.

Plus encore que l'année précédente elle paraît persuadée qu'ell ne guérira pas. J'affirme au contraire que la crise sera plus courte et je mitige encore les conditions de la cure. Je l'installe dans une pension moins tranquille, son mari reste avec elle pendant quelque temps, j'autorise des distractions mondaines, concert, théâtre.

Nos conversations n'ont plus pour sujet les malaises nerveux ; je les néglige intentionnellement et la malade semble les oublier aussi. Au bout de peu de jours l'espoir renaît et la malade se complaît dans des conversations toujours plus élevées. Ce sont des conceptions de vie qu'elle expose, sur lesquelles elle demande des éclaircissements ; âme religieuse, mais point bigote, elle cherche son soutien dans les écrivains moralistes, qu'ils soient croyants ou libres-penseurs. Elle sait raisonner sans rien abandonner de sa foi. Au bout de quelques semaines, elle est absolument guérie.

Un an s'est passé depuis ; comme après la deuxième cure, une grossesse est survenue ; elle n'a en rien ébranlé la santé. La tenue morale est beaucoup plus ferme qu'autrefois. Ses convictions se sont affermies et les vaillantes lettres que m'adresse la malade me font bien augurer de l'avenir.

Citons encore un dernier cas qui, quoique la cure ne soit pas terminée, démontre que, dans ce traitement psychothérapique, l'*influence persuasive est tout.*

M. P. est un jeune homme de vingt-cinq ans, d'une grande intelligence, très cultivé, et qui, dans la carrière commerciale qu'il avait embrassée, avait montré des aptitudes remarquables.

Trop grand, maigre, pâle, il offre quelques symptômes de débilité physique, mais au point de vue de l'intelligence il paraît tout particulièrement doué.

Vers l'âge de dix-neuf ans, à la suite d'une attaque de diphtérie, il tomba dans un état neurasthénique. On le mit dans un collège dont il ne veut pas me dire le nom, — c'est une de ses phobies, — et sans préciser, il déclare qu'il s'y sentit malheureux à tous égards. Pendant trois ans ce souvenir pénible lui resta, obsédant, et entretint un état continuel de neurasthénie encore légère. Dans le cours de son service militaire il fut atteint d'une pneumonie grave. L'état nerveux s'aggrava : fatigue, dépression mentale, idées mélancoliques pendant environ deux mois.

En 1901 il se lança dans des affaires commerciales ; il partit pour l'Amérique où il resta un an et s'y fatigua beaucoup. Déjà, dans ce pays, quand il pensait au collège où il avait souffert, il éprouvait un sentiment pénible qui l'obligeait à faire des mouvements involontaires. Mais au retour en Europe, la rencontre d'anciens cama-

rades rendit l'obsession plus aiguë, et mû par d'étranges associations d'idées, il est forcé de faire un mouvement et de le répéter jusqu'à trente fois. Ces obsessions viennent troubler tous les actes de sa vie.

Il ne peut ni s'habiller ni se déshabiller seul, forcé qu'il est de recommencer toujours les mêmes mouvements. Il ne peut plus se raser, laisse sa barbe inculte, garde dans sa main des pièces de monnaie, n'osant les remettre dans son porte-monnaie. Tout fait renaître, sans qu'il puisse dire clairement pourquoi, l'idée obsédante. Il n'ose toucher les poignées des portes, se lave continuellement les mains.

Il a subi sans succès les traitements les plus divers. De nouveaux tics surviennent. A la promenade il faut qu'il retourne en arrière et refasse le même chemin ; il ne peut avancer qu'en poussant un caillou devant lui.

Au moment où je vis le malade, en août 1903, je n'osai le prendre en traitement. Je pensais qu'un état de ce genre ne pouvait céder qu'à la longue, et, ma clinique ne se prêtant pas à des séjours aussi prolongés, je l'adressai à un excellent confrère, à la fois médecin et aliéniste, qui lui donna l'hospitalité dans sa famille.

Le jeune malade trouva dans ce sympathique milieu tout ce qu'il pouvait désirer, au moral comme au physique. Il n'eut qu'à se louer des soins qu'il y reçut, s'y fortifia, put jouir d'une vie au grand air. Mais les manies, les obsessions persistèrent, et, au bout de quatre mois, les parents inquiets me prièrent de revoir le malade.

Il vint accompagné de son médecin devenu son ami et nous eûmes une conversation très longue. Je priai le malade de renoncer à lutter contre chacune des obsessions, des manies, lui montrant qu'il en naîtrait toujours de

nouvelles. Quand un ruisseau a rompu sa digue, lui disais-je, il ne faut pas vouloir arrêter chacun des ruisselets qui se sont formés ; ce serait peine perdue. Il faut remonter plus haut et reconstruire la digue où elle a une brèche. Relevez votre confiance en vous-même ; vous êtes intelligent, cultivé ; vous avez l'esprit critique. Contemplez, en souriant, ces étranges impulsions mentales sans chercher à les supprimer par un effort de volonté.

— N'êtes-vous pas un peu superstitieux ? lui dis-je.

— Ah, je crois bien qu'il l'est, s'écria le médecin. Pensez qu'il n'aurait pas voulu monter mon cheval si je l'avais acheté un mardi !

— Nous y voilà, cher monsieur ; il n'y a qu'un pas des superstitions aux obsessions. Dans les deux cas, les associations d'idées sont fausses, et, malgré votre haute intelligence, vous avez un fond d'illogisme. Pensez un peu plus juste sur tous les sujets, ce sera le meilleur moyen de combattre vos manies.

Cette conversation d'environ une heure et demie réconforta le malade ; il paraissait vivement intéressé, frappé de la logique de mes déductions, mais aucun changement ne se produisit.

Huit jours après, nouvelle séance de psychothérapie. La conversation devient plus intime, plus amicale. Nous revenons sur les points déjà touchés, rendant plus nettes les idées directrices. C'est à peine si nous parlons des manies, des obsessions.

A la troisième entrevue, huit jours après, la conversation s'élève encore ; nous parlons philosophie, morale ; une tierce personne aurait à peine soupçonné que ce fussent là des conseils médicaux. Nous continuons la conversation dans la rue. Je montre au malade que dans la vie il ne faut pas traîner après soi le boulet du sou-

venir, qu'il faut savoir vivre dans le présent, courageusement.

Il me remercie de ce conseil comme si c'était pour lui une trouvaille morale. J'ai appris plus tard qu'il était obsédé de remords à propos d'événements assez insignifiants de sa vie passée ; c'est pourquoi cette idée de l'oubli du passé l'avait particulièrement frappé.

Cette troisième conversation compléta l'œuvre des deux premières et le malade perdit, dès ce jour, toutes ses manies. Il put dorénavant s'habiller seul, se raser, supprimer les mouvements impulsifs.

Il n'est pas encore guéri ; il a encore des remords injustifiés ; il ressent encore de sourdes inhibitions ; les associations d'idées ne sont pas toujours très correctes. Il n'en est pas moins vrai que ces trois conversations ont fait disparaître la plupart des symptômes, alors qu'un séjour de quatre mois chez un médecin des plus qualifiés pour soigner ces maladies n'avait pas eu de résultat définitif.

Cependant, déjà pendant ce séjour, le médecin avait constaté l'influence favorable d'un changement d'état d'âme dans le sens de la confiance en soi-même. Il suffisait que le malade fût appelé à jouer un petit rôle, comme d'accompagner les enfants du docteur au patinage, de servir de guide à quelqu'un dans une course de montagne, pour faire disparaître les inhibitions qui l'arrêtaient en d'autres circonstances.

C'est que, dans ces moments-là, il avait une tâche ; en la lui donnant on lui témoignait une confiance qu'il devait justifier. C'est déjà avoir de la confiance en soi-même que d'accepter une tâche et cela lui suffisait pour lui faire perdre ses phobies. Mais cet effet n'était que momentané et en somme l'état était resté stationnaire.

Pourquoi cet insuccès relatif d'un long traitement fait

par un aliéniste dévoué pendant cinq mois ? pourquoi ce résultat magique de trois conversations psychothérapiques ? Eh bien, je l'ai dit, parce qu'on n'a pas assez vu ce que peut faire le traitement de l'esprit par les voies de la dialectique. On compte trop sur le repos, la bonne nourriture, le grand air, on ne fait qu'une psychothérapie insuffisante, on oublie le conseil de Pinel ; réveiller chez le malade, même quand il est aliéné, le travail de réflexion logique.

Pour réussir dans ces cas-là il faut chez le médecin une confiance imperturbable dans la puissance de la logique ; il faut qu'il sache varier ses arguments, répondre du tac au tac à toutes les objections ; il faut qu'il sache amener son malade à la capitulation en le poursuivant jusque dans les derniers retranchements.

Est-ce à dire que l'on réussisse toujours, que tous ces névrosés guérissent ? Hélas, non. Il y a de malheureux déséquilibrés qui n'ont pas de logique en tête. Dans une conversation sensée dont le but a été de les encourager, ils ne remarquent que quelques bouts de phrase qu'ils interprètent en pessimistes. Ils y puisent de nouvelles raisons sans se décourager.

Il en est dont le capital d'énergie est absolument insuffisant et qui restent dans leur veulerie, alors même qu'ils ont compris et qu'ils n'ont plus rien à objecter.

J'en ai vu dont le pessimisme est tel qu'il persiste pendant des années quoiqu'ils vivent dans des conditions qui pourraient assurer le bonheur. Une dame qui reconnaissait qu'elle avait été vingt-cinq ans malheureuse par le seul fait de son état d'âme, me disait : Que voulez-vous ? je suis mal bâtie moralement ! — C'était vrai. Il y avait chez elle une déformation mentale native. Mais reconnaître ses défauts c'est déjà entrevoir la nécessité de les

corriger, et j'ai vu cette malade faire de très grands progrès.

Ce retour à l'optimisme est difficile chez les malades dont la vie est réellement troublée, chez les jeunes filles qui doivent renoncer au mariage et n'ont pas su se créer une tâche dans la vie, chez les époux désunis obligés de se supporter l'un l'autre, condamnés à perpétuité, chez les hommes qui, par leur faute ou celle des autres, ne réussissent pas dans leur carrière.

J'ai été souvent tenté de lâcher le manche après la cognée en constatant ces situations défavorables ; il me semblait cruel de réclamer de ces affligés une tenue stoïque vis-à-vis de souffrances devant lesquelles j'aurais reculé moi-même. Ce sont les malades qui m'ont fait revenir à plus de courage et de persévérance. Ils ont su très vite comprendre les enseignements d'une morale rationnelle, s'adapter à la vie telle qu'elle se présentait à eux. Beaucoup savaient se contenter de ce rationnalisme et y puiser un remarquable courage ; d'autres mêlaient à cette philosophie un peu de leur religiosité acquise par l'éducation ; je n'ai pas remarqué que ces derniers eussent toujours mieux réussi.

Ce commerce intellectuel avec ces malades m'a donné une plus haute idée de la mentalité humaine. J'ai trouvé même chez ces débiles mentaux une force de résistance que je n'aurais pas attendue. Aussi longtemps qu'on trouve chez ces malades une certaine logique, des aspirations morales, la tendance au perfectionnement du moi moral, il ne faut pas désespérer.

Malheureusement il y a de nombreux déséquilibrés chez lesquels la tare est avant tout morale ; le sens moral leur manque absolument. On voit des jeunes hommes, intelligents du reste, capables de mener à bien leurs

études, s'intéressant même à la discussion des problèmes de philosophie, et chez lesquels on constate l'absence de tout sentiment altruiste ; ce sont des natures de criminels. Ils sont tout aussi incurables que ceux chez lesquels l'amoralité s'accompagne de faiblesse intellectuelle et qui présentent des stigmates de dégénérescence.

Le médecin reste impuissant en face de ces fous moraux dont la conduite crée les situations les plus tragiques. Malheureusement l'intégrité des facultés intellectuelles empêche le public de reconnaître la folie du sujet. Ces malades savent habilement se défendre, motiver d'une façon plausible leur aversion contre leurs proches. Il est souvent impossible d'obtenir leur internement dans un asile et, quand on y réussit, ils en sortent bientôt, plus aigris que jamais, prêts à reprendre avec une froide cruauté la lutte contre leur famille.

Cette amoralité pathologique est ordinairement facilement reconnaissable, mais en face d'un mal aussi grave, il faut éviter le jugement précipité. Dans la conversation intime on peut parfois retrouver une corde sensible, un sentiment d'honneur, une idée altruiste ; l'orthopédie morale est alors encore possible.

Le pronostic devient immédiatement plus favorable quand l'enquête sur le passé montre que le trouble des sentiments affectifs est acquis, qu'il n'est qu'un des symptômes d'un état passager de dépression.

Il y a des formes de neurasthénie ou, si l'on veut, de déséquilibre, qui annihilent chez les malades l'affection qu'ils avaient pour les leurs, la changent en aversion, sans qu'ils se rendent compte des motifs de cet état d'âme. Ce symptôme disparaît avec les autres manifestations de l'état psychopathique.

Un jeune homme de dix-sept ans qui paraissait bien

doué physiquement, intellectuellement et moralement, se surmena quelque peu au lycée. Il fut pris de maux de tête, d'insomnies ; le moindre travail amenait la confusion d'idées et les études durent être interrompues.

Je soumis le jeune malade à une cure Weir Mitchell. L'état me parut tout d'abord très inquiétant, car le malade semblait avoir une mentalité un peu puérile et une fatuité dépassant les bornes. Dans un style amphigourique il écrivait ses pensées sur la vie, sur l'amour. Ces élucubrations me faisaient craindre le développement d'une démence précoce.

Dès le début le malade me déclara qu'il éprouvait pour sa mère, pour sa sœur, une aversion profonde, et quand je lui demandai s'il avait à se plaindre d'elles, il me répondit tranquillement : Nullement, ma mère et ma sœur ont toujours été excellentes pour moi ; mais, que voulez-vous, je les hais !

Le sommeil devint peu à peu meilleur, les maux de tête disparurent, la pensée devint plus ferme et bientôt le malade put me dire : Maintenant je n'ai plus d'aversion pour les miens, je n'ai que de l'indifférence.

Au bout de deux mois, le jeune homme avait retrouvé avec ses facultés intellectuelles des sentiments normaux et n'a cessé d'entourer les siens des plus délicates attentions.

Un autre de mes malades, fiancé, m'assurait qu'il n'avait aucune raison de revenir sur la décision qu'il avait prise de se marier, que rien n'était survenu qui pût motiver un changement dans ses sentiments. Et pourtant, disait-il, par un changement qui s'est fait en moi, mon amour s'est presque changé en haine ; l'attouchement de la main de ma fiancée provoque un sentiment de répulsion, comme si j'avais touché un serpent !

Ce malade guérit aussi dans l'espace de deux mois et se maria ; ils furent heureux et eurent de nombreux enfants.

On connaît bien, chez les aliénés, ce trouble profond des sentiments affectifs qui aboutit souvent au crime. Ce que l'on sait moins c'est qu'on peut observer cette mentalité pathologique dans des états moins graves, dans les psychonévroses.

Quand on soigne ces psychopathes il ne faut pas être pessimiste, se décourager facilement. Il faut désirer leur guérison, alors on y croira, puisque l'homme croit si facilement ce qu'il désire. Or cette foi dans le résultat suffit souvent pour l'obtenir.

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON

Étiologie des psychonévroses ; les causes sont les mêmes que celles de la folie. — Définition du nervosisme. Prédisposition, hérédité, innéité. — Relation du nervosisme avec la débilité physique, l'anémie, l'arthritisme ou herpétisme ; cholémie. — Origine purement somatique de certaines psychonévroses. — Avantages d'une psychothérapie persévérante ; nécessité de la rendre rationnelle.

Les traités de pathologie consacrent leurs premières lignes à l'étiologie ; l'énumération des causes suit immédiatement la définition sommaire de l'entité morbide étudiée. Ce plan d'exposition est rationnel quand il s'agit de maladies bien définies dont on connaît les causes.

En général ce chapitre de l'étiologie ne brille pas par la clarté, même pour les maladies les plus vulgaires ; sa lecture nous démontre avant tout l'ignorance dans laquelle nous sommes.

Pour les états pathologiques complexes tels que les psychonévroses que nous venons d'étudier, il serait téméraire de débuter par la définition et l'énumération des causes. Avant de résumer l'étiologie il faut avoir surpris la pathogénie variée des troubles observés, la marche de l'affection, les variations qu'elle présente dans sa durée souvent longue.

Le résultat même des divers traitements physiques ou psychiques jette un jour nouveau sur la nature du mal, sur les causes qui l'ont fait naître. Ainsi la disparition subite d'un état pathologique sous l'influence d'une suggestion quelconque milite en faveur de l'origine psychique

du mal. Ce sont les expériences de l'école de Nancy qui ont le plus contribué à éclairer la pathogénie des psychonévroses. Il est fâcheux qu'on ne sache pas mieux utiliser ces données certaines et qu'on continue à préconiser l'électricité dans le traitement d'une psychose aussi avérée que l'hystérie. On cherche encore de nouveaux moyens physiques ; on a employé les rayons de Röentgen et maintenant la belle découverte de M. et Mme Curie va être vulgarisée dans le plus mauvais sens du mot par l'emploi thérapeutique du radium ! Incroyable, mais vrai !

C'est donc à la fin de ces leçons, après avoir décrit le mal, après avoir déjà exprimé nombre de vues étiologiques et en me basant sur les résultats obtenus par la psychothérapie que je veux essayer de résumer l'étiologie.

Or je n'hésite pas à dire que les causes des psychonévroses, du nervosisme, sont les mêmes que celles de la folie.

Il suffit, par exemple, de mettre en tableau la table des matières de l'ouvrage de Toulouse[1] pour avoir une énumération complète des facteurs étiologiques des psychonévroses :

Prédisposition innée (ou acquise ?)	Hérédité	similaire.
		dissemblable.
	Facteurs congénitaux.	
Causes directes ou agents provocateurs	Sociales : milieu.	
	Biologiques : âge, sexe.	
	Physiologiques : menstruations, puerpéralité.	
	Morales : émotions.	
	Physiques : influences météorologiques, traumatisme.	
	Pathologiques	Intoxications.
		Infections.
		Maladies constitutionnelles.
		Maladies viscérales.
		Maladies nerveuses.

1. *Les causes de la folie, prophylaxie et assistance*, par E. Toulouse. Paris, 1896.

J'ai mis un point d'interrogation à la « prédisposition acquise » à laquelle Toulouse consacre quelques lignes peu claires. Il m'est impossible d'allier ces deux mots, « prédisposition » et « acquise » ; ce qui s'acquiert après la naissance, c'est un état pathologique qui peut à son tour jouer le rôle d'agent provocateur.

Charcot avait déjà résumé toute la question dans son style lapidaire en disant : Les névroses — il avait en vue l'hystérie — relèvent de deux facteurs, *l'un, essentiel et invariable : l'hérédité névropathique ; l'autre, contingent et polymorphe : les agents provocateurs.*

Il est vrai que cette formule est aussi compréhensive que concise ; elle pourrait s'appliquer à toutes les maladies, car les agents pathogènes agissent différemment suivant la prédisposition du sujet. Elle convient tout particulièrement, cette formule, au groupe d'affections que nous venons d'étudier, mais elle doit être modifiée. Le terme de « psychopathique » doit remplacer celui de « névropathique ». Enfin la prédisposition n'étant pas toujours héréditaire, mais pouvant être, à l'occasion, créée par des facteurs qui ont agi sur l'enfant pendant la vie fœtale, je dirai :

Le nervosisme relève de deux facteurs ; l'un essentiel et invariable : l'innéité psychopathique (héréditaire ou acquise dans la vie fœtale), l'autre contingent et polymorphe : les agents provocateurs.

Le mot « d'innéité » est employé ici dans un autre sens que celui que lui a donné Lucas[1]. Cet auteur oppose *l'innéité à l'hérédité.* Cette dernière serait en nous la tendance à l'imitation, à la reproduction d'un type antérieur, tandis que l'innéité constituerait le nouveau en

1. *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle*, par le Dr Prosper Lucas, Paris, 1847.

nous, quelque chose de spontané qui échapperait à la loi d'hérédité.

Pour moi, au contraire, en parlant d'innéité, je veux simplement constater le fait que nous naissons doués de certaines qualités physiques, intellectuelles et morales. Elles nous sont transmises presque en totalité, et le plus souvent le terme d'hérédité pourrait se substituer à celui d'innéité. Je préfère le second parce qu'il laisse une place aux altérations biologiques qui pourraient survenir avant la naissance, en dehors de l'hérédité, par des traumatismes, des intoxications agissant sur le fœtus.

Cette prédisposition innée, nous la constatons dans certains cas, nous la prévoyons dans d'autres ; enfin nous l'admettons théoriquement, nous la supposons.

Nous pouvons surprendre chez un individu qui se croit en bonne santé des défauts mentaux qui font craindre pour l'avenir l'éclosion d'états psychopathiques. L'apparition de la crise psychique ne nous étonne pas, et le public lui-même dit souvent après coup, à propos de ces malades : Oh, il a toujours été bizarre, original ; il a toujours eu une volonté faible, une tendance à la faiblesse. — C'est déjà un état pathologique plutôt qu'une prédisposition qu'on a constaté chez le sujet ; il n'a fait que s'aggraver sous l'influence d'agents provocateurs.

Nous prévoyons la prédisposition, en l'absence de tout symptôme actuel, chez les sujets dont l'hérédité est chargée ; ils ont plus de chances de succomber sous les influences pathogènes et, si l'accident se produit, l'hérédité nous paraît une cause suffisante.

Nous supposons enfin, nous admettons théoriquement la prédisposition, quand nous voyons la maladie survenir à la suite d'événements qui n'auraient pas amené cette réaction chez d'autres individus. Nous concluons à cette

prédisposition toute latente, par la voie de l'induction.

Cette prédisposition est innée, et il est bon de s'en souvenir pour pratiquer l'orthopédie dès le berceau. La tâche est difficile, car nous ne nous contentons pas de transmettre à nos enfants nos tares, nous leur donnons l'exemple contagieux de nos défauts.

Cette innéité mentale doit être physique, ou plutôt psychophysique, dans son essence. Nos parents ne nous lèguent pas des qualités toutes faites, des vertus ou des vices ; ils ne nous donnent qu'un cerveau plus ou moins bien construit, capable de réagir promptement et de la bonne manière aux diverses excitations qui le mettent en activité.

C'est à l'hérédité avant tout que nous devons notre taille, notre ossature, nos muscles, notre système nerveux. Notre retrouvons chez nos enfants, souvent dès la naissance, nos traits, l'expression de notre physionomie, nos gestes, notre démarche légère et élastique, ou gauche et lourde. Nous avons tous nos traits de famille et de race, et cette hérédité concerne les qualités morales comme les facultés intellectuelles, notre caractère comme notre esprit.

Sous l'empire des conceptions spiritualistes on s'est trop longtemps refusé à faire cette constatation. Nous sommes contraints d'accepter nos tares physiques et intellectuelles, mais nous voudrions faire une classe à part de nos qualités morales. Nous voudrions les voir régies par un pouvoir libre et conclure : tout le monde ne peut pas être bien fait de corps, fort, souple ; chacun ne peut pas avoir de l'esprit, de l'intelligence, mais nous pouvons tous être bons et adapter notre vie aux règles de la morale.

Rien n'est plus faux. Sans doute on peut être mal doué

physiquement et intellectuellement et avoir toutes les qualités du cœur. Il y a des faibles d'esprit pour lesquels nous éprouvons une chaude sympathie, parce qu'ils sont aimants et bons ; ils rachètent leur déchéance intellectuelle par leur supériorité morale. D'autre part, le monde est plein de gens qui semblent être favorisés par la nature, qui brillent même par leur intelligence et qui sont dénués de sens moral. Dès le berceau on surprend chez l'enfant les tares innées. Tel enfant se montre égoïste, violent, alors que d'autres sont aimants et doux. Dès les premières années on surprend l'irritabilité, la susceptibilité, l'esprit de révolte.

C'est avec notre capital de qualités, légué par nos ancêtres, qu'il nous faut vivre, en le faisant fructifier par une bonne administration.

Les psychonévroses ont donc un substratum physique et il est naturel qu'on ait attribué les psychonévroses à des causes somatiques. La même question s'est posée à propos des folies dont on a fait tantôt des affections cérébrales, tantôt des maladies morales. Heinroth en Allemagne (1773-1843) admit que la folie avait sa source dans l'absence de moralité et que son caractère essentiel était la perte de la liberté. Il instituait comme le meilleur des préservatifs l'attachement aux vérités de la religion chrétienne [1].

J'ai examiné ces questions en parlant du parallélisme psychophysique et du monisme. Dans toutes ces leçons j'ai montré le peu de cas que je fais de toutes les théories qui cherchent la cause du nervosisme dans des altérations des organes splanchniques. Je n'y reviendrai pas, mais j'examinerai encore quelques hypothèses moins

1. Dallemagne, *loc. cit.*

risquées dont j'ai vu des médecins distingués prendre la défense.

Tout d'abord on accuse la faiblesse corporelle ou l'épuisement, la fatigue. Je m'oppose à cette vue. La débilité physique n'implique pas la psychasthénie. On peut être chétif, anémique, phtisique et avoir l'âme vaillante ; et des hommes qui jouissent d'une santé corporelle insolente peuvent être impressionnables comme de petites maîtresses.

Ce qui est vrai, par contre, c'est que celui qui a une prédisposition psychopathique ou a déjà quelques symptômes de psychonévrose, voit son état s'aggraver sous l'influence de la fatigue et de la faiblesse. C'est pourquoi il y a lieu de joindre au traitement psychothérapique les mesures physiques destinées à fortifier l'organisme : repos et bonne alimentation.

On attribue aussi le nervosisme à l'anémie, et tous les jours je vois des dames qui me disent, sur la foi de leur médecin : Docteur, je suis anémique et je ne supporte pas le fer ! — Ici je proteste plus énergiquement encore que pour la fatigue. L'anémie ne mérite pas même une place parmi les agents provocateurs du nervosisme. Pendant bien des années j'ai examiné le sang de tous les malades à l'aide de l'hémoglobinomètre du Prof. Sahli, et j'ai constaté que, dans l'immense majorité des cas, les malades atteints de psychonévrose ne sont nullement anémiques.

D'autre part, les vrais anémiques, par exemple les chlorotiques, chez lesquels le taux de l'hémoglobine peut tomber à 30 et 25 p. 100, n'ont pas les mêmes symptômes. Leur faiblesse, leur anorexie, leurs dyspepsies, leurs céphalalgies et leurs troubles respiratoires et cardiaques n'ont qu'une analogie éloignée avec les désordres

fonctionnels du nervosisme. Nous ne retrouvons pas chez ces malades l'influence prépondérante des représentations mentales, ils n'ont pas les stigmates caractéristiques.

Enfin, dans les cas rares où l'anémie complique le nervosisme, l'indépendance des deux états se manifeste par le fait que la suppression de l'anémie (par le fer ou l'arsenic) n'amène nullement la guérison des symptômes nerveux. J'ai vu même une hystéro-neurasthénique oublier ses nerfs dans le cours d'une anémie consécutive à des métrorrhagies (50 p. 100 d'hémoglobine) et les retrouver le jour où le sang eut repris ses qualités normales. Ces faits sont pour moi si indubitables, que je n'hésite pas à dire à ces malades : Vous êtes anémique et nerveuse ; je chercherai à vous guérir de l'anémie, mais ne vous faites aucune illusion ; cette amélioration physique ne suffit pas à vous guérir du nervosisme. Vous vous sentirez mieux, et ce bien-être vous facilitera la tâche, mais ne vous débarrassez de vos maux que par l'éducation de vous-même !

La question de l'étiologie des psychonévroses devient plus embarrassante quand on envisage les rapports du nervosisme avec l'arthritisme et l'herpétisme.

Des cliniciens distingués, des praticiens qui ont pu suivre dans les familles les influences diathésiques, affirment la parenté du nervosisme et de l'arthritisme.

Je ne nie pas l'exactitude de ces constatations statistiques, quoique les renseignements sur lesquels elles se fondent soient souvent bien superficiels. Mais je ferai remarquer tout d'abord que, quand deux états pathologiques sont si fréquents que peu de personnes y échappent, il est facile de constater qu'ils coïncident chez le même individu, dans son ascendance ou dans ses des-

cendants ; cela ne nous autorise nullement à établir entre eux deux une relation de cause à effet.

Quand on range dans l'herpétisme[1] non seulement les lésions cutanées, les herpétides exanthématiques et les arthrites, mais les lésions des poils et des ongles, les catarrhes des muqueuses assimilés à des herpétides enanthématiques, des ostéites, des affections musculaires, la crampe, les lésions des veines et des artères, les varices, les hémorroïdes et l'artériosclérose, on a énuméré presque toutes les affections constitutionnelles. Je ne connais pas de sujets chez lesquels on pourrait constater, à un certain âge, l'absence de toute lésion de ce genre ; on les retrouverait en tout cas dans la famille.

D'un autre côté, il est difficile de trouver un homme indemne de tout symptôme de nervosisme. La coïncidence de ces deux états n'a donc rien d'étonnant.

Est-ce à dire qu'il n'y a rien de vrai dans ces vues étiologiques, dans ces dogmes de la médecine française ? Non.

Il y a des diathèses, des types humains caractérisés, quoiqu'il soit difficile de tracer leur portrait. Il y a particulièrement le type arthritique. Ce sont en général des gens de constitution assez solide, vigoureux même, et qui présentent au premier abord les apparences de la santé. Mais ils sont sujets à toute une série de troubles physiques. Ils ont la tendance aux eczémas, aux catarrhes des muqueuses, ils ont facilement du rhumatisme musculaire, des varices, des hémorroïdes ; ils peuvent, quand la diathèse est plus manifeste, présenter quelque lésion articulaire ou para-articulaire. Enfin, ils sont facilement obèses ; souvent ils ont de la glycosurie alimentaire et deviennent artérioscléreux avec l'âge.

1. *Traité de l'herpétisme*, par le Dr Lancereaux. Paris, 1883.

Tourmentés par ces affections en somme peu graves, ces sujets sont enclins à un certain pessimisme ; ils deviennent maussades, irritables, grincheux. Leur philosophie s'effrite sous l'influence de ces malaises continuels et l'on voit naître chez eux la mentalité hypocondriaque.

J'irai même plus loin et je reconnaîtrai que ce nervosisme n'est pas uniquement secondaire, tardif et motivé par la continuité des souffrances ; j'admettrai même que l'état diathésique peut agir directement sur le cerveau comme il agit sur la peau, les muqueuses, les articulations et qu'il peut créer ainsi l'état de psychonévrose. Mais nous manquons de preuves décisives ; nous en sommes réduits à des conjectures, à des impressions, et trop souvent nous les transformons en aphorismes qui ont la vie dure.

J'avouerai tout uniment, au point de vue du praticien, que le sujet ne réussit pas à me passionner ; les données cliniques sont trop peu sûres pour permettre des conclusions. Il y a une raison toute pratique qui me pousse à détourner les yeux du problème, et cette raison, la voici : Si l'on fait dépendre le nervosisme d'un état diathésique général, je suis d'emblée bien découragé. Nous savons tous combien il est difficile de corriger ces tendances constitutionnelles, de combattre une diathèse, et si je savais les psychonévroses aussi rebelles, il y a longtemps que j'aurais jeté le manche après la cognée. Les malades n'auraient pas attendu ce geste de découragement : ils ne viendraient plus.

En parlant de la prophylaxie de l'herpétisme, Lancereaux écrit : « Malheureusement notre ignorance des conditions étiologiques autres que l'hérédité nous met dans l'impossibilité d'indiquer sûrement ce qu'il y aurait à faire en pareil cas. Je crois, néanmoins, qu'il y a lieu

de soumettre les enfants, dès leur jeune âge, à une hygiène sévère, de chercher à modérer leur système nerveux, en leur faisant faire des ablutions, de la gymnastique, de l'hydrothérapie et quelquefois en les soumettant à un traitement bromuré. »

Il faut avouer que ce n'est guère encourageant. Quand la prophylaxie est aussi pauvre, que dire de la thérapeutique lorsqu'il s'agit de lésions anciennes dues à l'hérédité, entretenues pendant trente ou quarante ans par une hygiène insuffisante et souvent en dépit d'une bonne hygiène ? Avouons-le, la lutte contre les diathèses est ardue chez l'homme. Chez l'animal même elle est difficile, et pourtant nous avons la ressource de la sélection, des croisements.

Non, les stigmates des psychonévroses sont trop psychiques, les troubles fonctionnels sont trop sous la dépendance des représentations mentales pour être attribués uniquement à un vice de la constitution des tissus, à l'état des humeurs. On n'est pas neurasthénique, hypocondre, parce qu'on est cacochyme. On l'est parce que l'on doit à l'hérédité, à l'atavisme, à l'éducation, son *moi mental*.

J'ai signalé dans un petit opuscule [1] l'influence évidente que le corps exerce sur l'esprit, mais j'ai montré que l'influence inverse est encore plus puissante.

L'expérience m'a prouvé qu'on peut, en agissant sur l'esprit, améliorer ou guérir les psychonévroses alors même qu'on ne peut pas modifier les états diathésiques qui les accompagnent. C'est cette donnée encourageante qui m'a poussé dans la voie de la psychothérapie rationnelle, et j'y persisterai, même si des recherches nouvelles venaient à établir un certain lien entre les états d'âme et

1. *De l'influence de l'esprit sur le corps*, 4e édition. Berne, 1904.

le chimisme organique. Cela ne m'empêcherait nullement d'agir par la voie morale ; elle mène trop directement au succès pour que je l'abandonne.

Ce n'est, en tout cas, pas la nouvelle théorie de la cholémie [1] qui m'arrêtera.

Tout d'abord je ne suis pas persuadé qu'il soit si facile de déceler la présence de la bile, en petite quantité, dans le sérum sanguin. La coloration jaune me paraît difficile à constater dans un liquide qui contient déjà des matières colorantes jaunes. La réaction de Gmelin serait plus probante si elle est vraiment caractérisée. Mais avant tout la démonstration de l'état cholémique du sang ne me prouverait qu'une chose, c'est que la neurasthénie, comme la mélancolie, peut troubler les fonctions hépatiques. Je n'ai pas de peine à l'admettre après avoir constaté pendant des années que toutes les fonctions organiques subissent le contrecoup de nos émotions morales. Encore ici on met la charrue devant les bœufs.

Est-ce à dire que tous les états nerveux ne naissent que par la voie psychique, que tous peuvent être guéris par le traitement psychothérapique ? Hélas, non.

Il y a beaucoup de névrosés qui subissent si facilement l'influence des conseils, qu'on pourrait dire qu'ils ne sont atteints que d'une maladie de l'âme. Il en est d'autres chez lesquels on reconnaît des influences somatiques et physiques. Enfin il y a des psychonévroses qui tiennent à l'organisation même du cerveau, à des états maladifs qui rendent les malades absolument réfractaires à toute action psychothérapique.

Il y a des neurasthéniques et des hystériques qui restent

1. *Note sur la psychologie des cholémiques. La neurasthénie biliaire*, par MM. A. Gilbert et P. Lereboullet (Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 6 août 1903).

incurables malgré toute la bonne volonté qu'ils mettent à modifier leur état d'âme. La mélancolie et l'hypocondrie surviennent souvent sans causes morales saisissables, sous la seule influence de troubles inconnus dans leur nature.

La dépression périodique de Lange peut s'établir sous des influences saisonnières, présenter une périodicité si régulière qu'elle rappelle celle de l'épilepsie. J'ai décrit [1] deux cas de dépression périodique dans lesquels les crises de forme neurasthénique et mélancolique apparaissaient avec la régularité d'une fièvre intermittente tierce.

L'une des malades, une religieuse, avait, depuis vingt-deux ans, un jour bon et un jour mauvais.

L'autre, un homme bien constitué de cinquante-huit ans, était atteint depuis trois ans, et les mauvais jours ont succédé aux bons avec une régularité parfaite. Après avoir passé une journée normale dans un état de bien-être complet, sans agitation, notre homme se mettait au lit à dix heures. Il dormait tranquille et se réveillait vers cinq heures du matin en proie à une légère dyspnée. Le pouls s'accélérait de quelques pulsations, la peau devenait moite ; il avait de la polyurie et de la pollakiurie. La seconde journée se passait dans l'aboulie la plus complète. Le malade, maussade, ne parlait que de sa mort, était incapable de lire un journal, de donner un ordre ; il souffrait le martyre. Un léger mieux succédait au repas de midi ; le soir, vers cinq heures, il lui arrivait de pouvoir fumer un cigare, lire distraitement un journal. Il se couchait de nouveau, passait une nuit normale et se réveillait homme nouveau. Cette psychose intermittente n'a cédé ni à la cure de repos avec suralimentation et

1. *Ueber intermittirende psychopathische Zustände*, Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, n° 9, 1901.

massage, ni à la psychothérapie. Seul l'opium put agir comme palliatif, non pas en troublant la périodicité, mais en calmant un peu l'angoisse.

Il est évident que dans un cas de ce genre l'état mental est troublé par des causes somatiques absolument indépendantes de la volonté du malade. Il en est de même dans la plupart des cas de mélancolie vésanique, et l'on connaît les bons effets de l'opium alors que la psychothérapie la plus bienveillante ne réussit pas à sortir les malades de leur tristesse. J'ai montré d'autre part qu'il y a des cas de mélancolie plus bénigne, d'hypomélancolie, dans lesquels un bon conseil est plus efficace que les narcotiques. Nous sommes ici à cette frontière mal tracée qui sépare les vésanies des psychonévroses.

Quand le mal a des origines somatiques, je dirai que c'est regrettable, car nous ne connaissons pas la cause intime qui vient troubler le fonctionnement cérébral et nous sommes bien désarmés vis-à-vis de ces psychoses constitutionnelles.

Je dois dire cependant que ces cas sont rares, dans la clientèle du neurologiste. Même quand nous sommes forcés de reconnaître au mal des causes corporelles, nous pouvons encore agir sur l'esprit et par cette voie activer le fonctionnement cérébral. Je l'ai dit, l'idée fait ici œuvre d'antidote. Il faut savoir rester patient, à la fois ferme et doux vis-à-vis de ces malades ; on ne pêche jamais par persévérance.

Ce n'est qu'à la dernière extrémité qu'il faut se rendre et admettre cette matérialité du mal qui assombrit le pronostic.

En somme, la question de savoir si les psychonévroses et les psychoses reconnaissent une origine somatique ou si elles dépendent de la vie de l'âme n'a pas beaucoup

d'importance pratique. Elle en prendrait une énorme aussitôt que l'on découvrirait la toxine qui produit ces états et qu'on pourrait la neutraliser. Nous sommes très loin de ce but et ce ne sont pas les élucubrations de nos chimiatres qui nous en rapprochent.

Pour ma part, j'ai journellement l'occasion de constater l'inefficacité des traitements physiques et les dangers qu'ils ont pour les malades. Dans les cas même où ils agissent favorablement, il est facile de reconnaître l'influence de la suggestion. Enfin dans ces mêmes cas qui ont résisté à tous les traitements, se sont aggravés même, j'ai pu reconnaître la puissance de la psychothérapie.

J'ai montré qu'elle agit par des voies diverses, la foi dans la guérison pouvant s'établir sous l'influence de « suggestions » quelconques. J'estime que le médecin sérieux doit chercher à épurer cette psychothérapie, à la rendre toujours plus rationnelle et moralisante.

TRENTE-CINQUIÈME LEÇON

Conclusions. Vues sur la médecine du xx[e] siècle. La chirurgie; la médecine interne. — Thérapeutique médicamenteuse, physiothérapie. — Intervention constante de la psychothérapie; sa nécessité dans la lutte contre les psychonévroses. — Les préceptes de l'hygiène physique, intellectuelle et morale.

Ai-je réussi, dans ces leçons trop longues peut-être au gré de mes lecteurs, non à convaincre, — ce serait trop d'ambition, — mais à exposer clairement ma pensée? Ce n'est pas à moi d'en juger, mais je l'espère. Si j'ai quelquefois mis un peu de vivacité dans l'expression de mes opinions, on me le pardonnera en songeant que je défends une cause à laquelle j'ai voué, pendant un quart de siècle, tout mon intérêt.

Je n'ai pas, loin de là, énuméré tous les troubles fonctionnels du nervosisme; je n'ai pas pu indiquer pour chacun d'eux la conduite à tenir; je me suis borné à illustrer ces leçons de quelques observations typiques. Je crois cependant qu'il doit ressortir de cet exposé une vue d'ensemble sur la valeur des procédés psychothérapiques. Je voudrais voir des confrères entrer dans cette voie, analyser, avec plus de patience et de finesse que je n'ai pu le faire, ces états psychopathiques et rendre ce traitement moral plus précis et plus efficace encore.

Je tiens donc à résumer d'une façon concise mes idées en y joignant quelques vues sur la médecine du xx[e] siècle. Ce sera une espèce de profession de foi médi-

cale. Inutile de dire que ce n'est pas dans le camp de l'orthodoxie que je me range.

Il y a et il y aura toujours des maladies caractérisées par de grosières altérations des tissus ou des organes, dont le traitement exige l'intervention précise, prompte et efficace de la chirurgie. Le *tuto*, *cito*, *jucunde*, de nos confrères du bistouri est peut-être un peu exagéré, mais il n'en est pas moins vrai que, dans le domaine de la thérapeutique, c'est la chirurgie qui détient le record.

Je ne suis pas de ces médecins jaloux qui semblent n'avoir d'autre but que de rabaisser le mérite des opérateurs et de leur arracher des clients. Je trouve au contraire que la chirurgie ne va pas encore assez loin et qu'elle doit substituer son intervention active à ce que nous appelons, d'un euphémisme, l'expectation armée.

Partout où il y a du pus à évacuer, des obstacles mécaniques à supprimer, les indications sont formelles, et la chirurgie doit s'attaquer toujours plus à ces affections souvent mortelles des organes splanchniques : appendicite, péritonites diverses, affections calculeuses du foie, des reins, de l'intestin ; ulcères gastriques et intestinaux, obstructions intestinales par brides, cicatrices, tumeurs.

Je crois, du reste, que je n'ai pas besoin d'exciter l'ardeur des chirurgiens ; ils vont de l'avant tout seuls. Mais puisque j'ai parlé d'eux, je voudrais leur recommander quelques réflexions sur l'usage qu'on peut faire d'une modeste psychothérapie même dans ce domaine de thérapeutique manuelle. Les plus grandes souffrances sont les souffrances morales, et le chirurgien peut faire beaucoup de bien par sa parole encourageante et bienveillante ; il l'oublie parfois dans l'ivresse que lui donne le sentiment de sa dextérité manuelle, de son imperturbable sang-froid.

Dans le domaine de la médecine interne nous avons à combattre des maladies générales ou locales, les unes constitutionnelles, héréditaires ou acquises, les autres nées sous l'influence de causes diverses. La prophylaxie devrait jouer le premier rôle dans cette lutte contre la maladie. Malheureusement nous connaissons trop peu l'étiologie et nous ne pouvons recourir qu'à l'hygiène publique et privée, qui ne peut agir qu'à la longue, avec une désespérante lenteur. Nous sommes donc forcés de recourir aux médicaments et à cette physiothérapie qui utilise pour la thérapeutique tous les agents naturels.

La thérapeutique médicamenteuse a conservé longtemps son prestige aux yeux des praticiens et du public. Cependant, depuis l'antiquité, on a insinué que nous sommes comme les augures qui ne peuvent se regarder sans rire ; on nous accuse parfois de mentir comme des arracheurs de dents. On entend des praticiens expérimentés dire à leurs jeunes confrères : Dépêchez-vous de vous servir de ce médicament pendant qu'il est efficace ! — L'un d'eux, et des plus distingués, disait : Nous ne prenons jamais de médicaments nous autres ; nous en donnons quelquefois à nos amis et toujours à nos clients !

Ne sont-ce là que des boutades ? Prenons-y garde ; quand la plaisanterie s'attaque aux dogmes, c'est que la foi chancelle, et, il faut l'avouer, nous avons contribué à créer cette situation.

La pharmacie ressemble un peu à ces arsenaux-musées où la catapulte voisine avec le canon moderne, et c'est là que nous allons chercher nos armes. Nous n'avons pas l'esprit assez critique et nous avons entretenu dans le public une vraie superstition médicale.

Nous possédons quelques rares spécifiques qui guérissent, de nombreux palliatifs, mais cette pharmacie

utile est bien petite. Sous la forme de comprimés ou d'alcaloïdes elle trouverait place dans le portefeuille du médecin praticien.

Les médecins les plus célèbres ont reconnu cette insuffisance de la matière médicale dont on peut dire : *Multa sed non multum*. Un grand clinicien français, Chomel, a bien résumé cette pensée quand il dit : la médecine guérit quelquefois, elle soulage souvent, elle console toujours !

J'ai entendu des maîtres de la médecine reconnaître que la thérapeutique médicamenteuse perd de jour en jour de son importance. Ils en attendent peu de chose et espèrent tout de l'emploi des forces naturelles, de la mécanothérapie, de l'hydrothérapie scientifiquement étudiée, de la photothérapie, de l'électricité, de la radiothérapie par les rayons mystérieux qu'on découvre en si grand nombre que bientôt les lettres de l'alphabet ne suffiront plus à les désigner.

C'est à mes yeux une nouvelle erreur aussi fatale que la première ; c'est une superstition qui en remplace une autre.

Les agents physiques, température, lumière, air, radiations diverses peuvent agir favorablement sur la santé dans les conditions naturelles. Quand, pour les utiliser dans l'intérêt des malades, nous concentrons leur action, nous pouvons en tirer quelque profit, les employer comme palliatifs, mais plus nous concentrons, plus nous localisons cette action, plus elle devient destructive. On détruit les tissus normaux et pathologiques par la chaleur, le froid, les rayons solaires ou les rayons de lumière électrique, par les radiations obscures, aussi bien qu'avec les caustiques chimiques, le fer rouge ou le bistouri. Aussi est-ce dans les affections superficielles, lupus et cancroïde

cutanés, qu'on a obtenu les résultats les plus encourageants.

Il faut chercher, chercher toujours, mais ne pas se départir du scepticisme scientifique, du doute philosophique.

En procédant ainsi nous pourrons créer un petit arsenal d'armes nouvelles et d'armes anciennes restées utiles. Malgré cela nous resterons bien désarmés en face de toutes ces maladies que font naître l'hérédité, les mauvaises conditions hygiéniques, la misère, l'immoralité, les microbes qui pullulent dans l'air.

Aussi malgré l'effort colossal des travailleurs de la médecine, la morbidité et la mortalité ont-elles à peine diminué. C'est dommage, mais il serait puéril de se faire illusion. L'humanité progresse lentement.

J'ai montré combien est efficace, dans ce domaine des maladies internes, corporelles, une psychothérapie dirigée par le tact et la bonté. Sans doute elle n'est encore qu'un palliatif comme beaucoup de médicaments, mais elle s'adresse précisément à l'élément souffrance qui pour le malade constitue en somme la maladie. C'est pourquoi, bien qu'en dernier ressort le pronostic dépende de la lésion et que l'influence morale ne guérisse pas, c'est dans cette thérapeutique psychique que le médecin trouve les armes les plus puissantes pour soulager, consoler et faciliter la guérison.

A côté de ces affections somatiques qui constituent le domaine de la médecine interne, il y a un groupe de maladies qu'on a appelées des psychonévroses et que j'ai eu particulièrement en vue dans ces leçons.

Ces psychonévroses sont des psychopathies. Elles confinent d'un côté aux vésanies, de l'autre à l'état que nous appelons normal. Il n'y a guère plus de danger pour ces

malades de tomber dans l'aliénation que pour nous, hommes sains (?), de tomber dans la neurasthénie. Placés au milieu de l'échelle ou plus bas encore, les névrosés ont plus de chance de revenir à l'état normal qu'à évoluer vers la folie.

Ces états psychopathiques sont légion. Ils peuvent se montrer isolés, formant des semblants d'entités morbides : neurasthénie, hystérie, hystéro-neurasthénie, hypocondrie et mélancolie, états de déséquilibre et de dégénérescence ; ils viennent se mêler continuellement à la symptomatologie de toutes les maladies chirurgicales et médicales, à la souffrance humaine sous toutes ses formes et à tous les degrés.

Il n'y a, à proprement parler, pas de souffrance physique ; elle est toujours psychique, lors même qu'elle résulte d'un traumatisme, d'une lésion anatomique. Nous souffrons dans notre moi sentant ; il y a partout intercalation des faits de conscience, et c'est pourquoi le rôle de la psychothérapie bien comprise est immense.

Tandis que les médications peuvent subir de continuelles modifications, que le scepticisme railleur peut succéder en quelques mois à la foi superstitieuse, que nous donnons ainsi le triste spectacle de nos incessantes palinodies, la psychothérapie, qui a toujours existé, qui a toujours été pratiquée, continue sa marche sans vacillements. Elle varie ses procédés de mille manières suivant les moments psychologiques, mais elle reste une dans sa tendance. Elle est l'amour que rien ne rebute.

Dans la neurasthénie nous retrouvons la débilité commune, tantôt physique, tantôt intellectuelle, surtout morale. Notre tâche est de relever les malades, de leur rendre la confiance en eux-mêmes, de dissiper leurs craintes, leurs autosuggestions.

Dans l'immense majorité des cas nous atteignons ce but par l'influence morale. Si nous constatons, à côté des stigmates mentaux, des complications somatiques, nous devons les combattre par l'hygiène, les moyens physiques, les médicaments. Mais il faut avoir soin de faire remarquer au malade que cette thérapeutique physique n'a directement aucune action sur le mal moral. Bien plus, s'il ne s'agit que de troubles fonctionnels consécutifs à la « baisse du baromètre » psychique, gardez-vous de traiter ces symptômes même par des moyens efficaces. Il faut que le neurasthénique sache bien qu'il est psychopathe et non malade de corps. On peut le lui dire sans le blesser, sans l'inquiéter. J'ai dit que cette psychothérapie pure, franche, est facilitée par des conditions favorables qui peuvent être l'isolement, le repos, la suralimentation. Mais on ne doit pas, comme on le fait souvent, confondre l'agent curateur avec les auxiliaires qui favorisent son action.

L'isolement peut être précieux, nécessaire ; il ne guérit rien en lui-même ; le repos peut, à lui seul, dissiper les symptômes de l'état actuel, amener la guérison momentanée ; il n'est pas définitivement efficace, car il ne délivre pas le malade de son impressionnabilité, de son instabilité mentale, de son illogisme. La suggestion plus ou moins brutale peut réussir, mais elle est insuffisante si l'on envisage l'avenir du sujet. Seule une psychothérapie rationnelle, moralisante, assure l'avenir en changeant la mentalité psychopathique qui a déterminé les accidents.

Pour guérir les hystériques le médecin doit être encore plus ferme dans sa tenue ; il ne faut pas craindre d'être outrancier dans ses vues sur la pathogénie. En face de ces malades imbus de leurs autosuggestions, il faut forcer la note, savoir les empoigner. L'idée-mère doit être celle-

ci : tout dans l'hystérie procède de la représentation mentale. L'hystérique est une actrice qui a perdu la tête et joue son rôle en s'imaginant qu'elle est dans la réalité. Il faut savoir la secouer, lui montrer son erreur, comme on arrêterait le comédien prêt à se plonger le poignard dans la poitrine. Mais ce rappel à la réalité doit se faire avec une fermeté douce ; les gens qui sortent d'un rêve ont la mentalité sensible ; ils s'effrayent d'un geste, d'une parole trop vive. Avec l'hystérique il faut agir comme avec l'épileptique qui sort du coma ; il ne faut pas la regarder fixement, se lever subitement, lui adresser la parole brusquement ; il faut savoir ne pas changer de position, poser une question doucement, sans élever la voix, de manière que le réveil ne se fasse pas brusquement. Alors la malade revient à elle ; elle est tranquilisée par le visage bienveillant de ceux qui l'assistent ; elle reconnaît son entourage et sans secousse retrouve son moi normal.

Je ne connais aucun traitement physique ou médicamenteux de l'hystérie. Combattre les symptômes isolés c'est non seulement s'exposer à de nombreux échecs, c'est compromettre l'avenir. L'hystérie ne devient chronique que lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, — elle n'a aucune tendance à guérir seule, — ou quand elle est entretenue, toujours ravivée par les traitements médicaux mal compris. L'hystérique se trompe, ramenez-la à la vérité. Il ne faut ni douches ni strychnine pour convaincre.

L'hypocondrie et la mélancolie graves doivent être traitées dans les asiles, mais j'ai montré qu'il y a des formes bénignes dont nous pouvons nous charger sans danger pour le malade. J'estime même que la conversation psychothérapique journalière peut accélérer consi-

dérablement la guérison. Ici encore il ne faut pas laisser subsister d'équivoque. Ces malades doivent savoir aussi qu'ils sont psychopathes. Il ne faut pas donner une base à leurs craintes en soignant leur estomac, leur cœur, l'organe dont ils se plaignent. Il faut se garder de leur exposer les théories de l'intoxication et leur faire espérer la guérison par la diète lactée, le régime végétarien, ou l'antisepsie intestinale. On peut leur dire, ce qui est vrai, que nous ne connaissons rien encore des causes somatiques de ces états, qu'une bonne hygiène, le repos, une alimentation saine, voire même l'opium, peuvent agir favorablement sur leur état, mais le rôle du médecin est avant tout, comme l'a dit Pinel, de provoquer le travail de réflexion logique.

Il en est de même des déséquilibrés, qui doivent être soutenus moralement, qu'il faut délivrer de leurs manies, de leurs obsessions, de leurs phobies. Vouloir soigner ces malades de l'esprit par les bains, les douches, l'électricité, le cacodylate de soude, est aussi absurde que de donner de la digitale à une personne qui aurait des battements de cœur à la vue d'un chien ; il vaudrait mieux lui montrer qu'il ne mord pas.

Sans doute cette œuvre est difficile, et l'on ne guérit pas tous ces malades. Mais c'est l'unique moyen ; le médecin n'a là qu'une arme, sa dialectique serrée, imperturbable et bienveillante.

Tous ces psychonévrosés doivent être ramenés à la vie saine, aux prescriptions de l'hygiène physique, intellectuelle et morale.

L'hygiène publique et privée est bien simple dans ses tendance. Elle est d'ordre négatif, c'est-à-dire qu'elle consiste non à faire quelque chose *pour la santé*, mais à ne pas la compromettre.

L'édilité de nos villes a une grande tâche, qu'elle ne peut remplir que lentement avec l'aide de nos ingénieurs, de nos chimistes, de nos savants en un mot. A la campagne même elle doit travailler à l'assainissement du sol, de l'habitation, lutter à la fois contre les obstacles naturels et contre ceux qu'a amenés la vie en commun. Elle n'a pas pour but de créer des conditions nouvelles, supra-idéales, dirai-je, mais de supprimer ce qui est mauvais.

L'hygiène privée ne consiste nullement, comme tant de gens semblent le croire, à s'efforcer d'acquérir la santé par des ablutions froides, des douches, des frictions, par un régime savamment combiné, par une réglementation pédante des habitudes de vie.

C'est être un petit hypocondre, un « salutiste » comme disent les Italiens, que de rechercher ainsi le bien-être physique, en en faisant dépendre par surcroît l'euphorie morale. Cette préoccupation est de nature égoïste. La vraie hygiène est beaucoup plus simple : elle consiste avant tout *à se laisser vivre* avec une imperturbable confiance dans sa résistance.

L'homme sain et raisonnable a de bonnes habitudes. Il mange à des heures régulières tous les aliments de la table européenne, sans préventions, sans théories sur leur digestibilité. Au besoin il faut qu'il soit assez dégagé de préoccupations de santé pour se permettre un jour quelque écart. Il se couche plus ou moins tôt suivant sa situation et les habitudes du monde dans lequel il vit ; et il ne prend pas peur si un jour il doit déranger ses habitudes. Il veille à la propreté de sa peau sans tomber dans le fanatisme de l'eau froide. Il ne s'intoxique pas, ne fait rien qui puisse devenir nocif pour lui. Il n'est ni pédant, ni pusillanime, il jouit largement de la vie.

L'hygiène intellectuelle est aussi simple. Il faut s'inté-

resser à tout, développer ses aptitudes, se sentir vivre d'une vie intense. L' « unilatéralité » des goûts, des aspirations est dangereuse ; elle est déjà une tare et elle accroît la fatigue en concentrant l'activité sur un unique sujet. Je considère comme précepte d'hygiène mentale le : *Homo sum et nihil humani a me alienum puto.*

Je ne crains pas le surmenage, qu'il soit physique ou intellectuel, à condition qu'il soit débarrassé de l'élément émotionnel qui résulte avant tout de l'ambition.

Je préfère le développement intellectuel et moral au sport qui fait des athlètes et non des hommes. Les instincts grossiers naissent plus facilement dans cette euphorie bestiale que procure l'exercice physique. C'est sans plaisir que je vois nos jeunes gens et nos fillettes courbés sur leurs bicyclettes, nos alpinistes harnachés comme Tartarin, ajoutant encore les skis à la corde et au piolet, les journaux donnant les résultats de tous les « matchs » possibles, course pédestre, football, tennis et autres.

Je ne nie nullement les avantages du mouvement au grand air qui fortifie les muscles, active les fonctions organiques et développe l'énergie. Mais je crois qu'il y a excès, et que dans notre siècle où l'on abuse de l'instruction, où l'on charge trop les programmes, il y aurait lieu de réserver une place au repos salutaire qui permet la réflexion, la méditation. Le moral y gagnerait.

C'est l'hygiène morale qui me paraît avant tout négligée. On surprend partout un mécontentement, un pessimisme fâcheux, qui retentit sur la santé physique.

En répétant l'adage : *Mens sana in corpore sano*, on s'imagine trop qu'il suffit de soigner le corps pour avoir l'âme saine. C'est l'âme saine qui le plus souvent crée la santé corporelle, non pas en ce qu'elle supprime des maladies réelles, — elle n'a pas, hélas ! cette puissance,

— mais parce qu'elle nous donne la force de négliger nos malaises et de vivre comme s'ils n'existaient pas.

Pour cela, il faut arriver au sentiment « d'incassabilité », comme le disait si bien un père jésuite qui s'est guéri d'une neurasthénie grave et a retrouvé la puissance d'agir.

Je dis souvent à ces malades : Il faut n'avoir que quelques casiers pour les *maladies* qui pourraient nous frapper, et tâcher de les laisser toujours vides ; il faut un immense « panier aux bobos » pour y jeter délibérément tous nos malaises. Il faut *vouloir* être en bonne santé, persister à croire à sa force, alors même qu'elle a faibli. Il faut reconnaître par la raison sereine la nécessité de l'adaptation à la vie. Quel que soit notre sort, il faut garder le sentiment qu'on suffira à sa tâche, qu'on a suffisamment de force en réserve pour franchir tous les obstacles.

C'est une question de résistance morale et non de robustesse physique.

Je terminerai par quelques lignes empruntées à mon opuscule sur *L'Influence de l'esprit sur le corps :*

« C'est dans l'éducation de soi-même que les malades doivent chercher leur guérison et que les gens bien portants trouvent le préservatif contre le nervosisme. Elle doit commencer dans les petites choses, dans cette bonne habitude de négliger ses bobos, d'aller vaillamment de l'avant sans trop s'inquiéter de ses aises.

Avec l'âge les préoccupations augmentent. La vie pratique nous impose des ennuis de toutes espèces. Nouvelle occasion de régler notre sensibilité, de créer volontairement une disposition optimiste qui nous fait prendre, comme on dit, les choses par le bon bout.

Enfin si, arrivés à une certaine maturité de l'esprit,

nous avons quelque peu réussi à créer ce précieux état d'âme, nos aspirations doivent s'élever plus haut et nous devons envisager les devoirs que nous imposent notre présence dans ce monde, nos rapports avec nos semblables.

On voit alors clairement que notre préoccupation majeure doit être le perfectionnement constant de notre moi moral.

En l'absence de toute conception théiste, de toute morale impérative, le penseur éprouve l'indicible malaise qui résulte d'une vie où dominent les préoccupations égoïstes. Pour trouver le bonheur intime et la santé, il faut donc détourner notre attention de nous-même, et l'intérêt pour les autres, l'altruisme doit prendre la place de l'égoïsme naturel. Nous ne pouvons aller trop loin dans cette tendance, et nous ne risquons guère de nous oublier tout à fait, n'est-ce pas ?

Dans ce domaine de la morale supérieure, notre marche, à tous, est aussi chancelante que dans cette hygiène mentale que nous devons opposer aux malaises physiques, aux contrariétés. Aussi avons-nous besoin ici de tous les secours moraux.

Ceux à qui leur tournure d'esprit permet encore la foi naïve, trouveront un appui dans leurs convictions religieuses, à condition qu'elles soient sincères et vécues.

Ceux que leurs réflexions amènent inéluctablement à la libre pensée, trouvent en eux-mêmes, dans un stoïcisme dégagé d'égoïsme, la force de résister à tout ce que nous apporte la vie.

Malheur aux indifférents, à ceux qui ne recherchent que la satisfaction de leurs désirs matériels !

Il est dangereux de traverser la vie sans religion ou sans philosophie. Je pourrais même, sans faire aucune

ment tort aux croyants, dire tout court : sans philosophie, car la religion elle-même ne peut être efficace que si elle réussit à créer, chez celui qui la pratique, une philosophie de vie.

« Peu importe, du reste, le drapeau, pourvu qu'on le tienne haut ! »

Faites-le claquer au vent, ce drapeau où brille la devise : Maîtrise de soi-même ! et vos malades marcheront !

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE LEÇON

DEUXIEME LEÇON

TROISIÈME LEÇON

QUATRIÈME LEÇON

CINQUIEME LEÇON

SIXIÈME LEÇON

SEPTIÈME LEÇON

HUITIÈME LEÇON

NEUVIÈME LEÇON

DIXIÈME LEÇON

ONZIÈME LEÇON

DOUZIÈME LEÇON

TREIZIÈME LEÇON

QUATORZIÈME LEÇON

QUINZIÈME LEÇON

SEIZIÈME LEÇON

DIX-SEPTIÈME LEÇON

DIX-HUITIÈME LEÇON

DIX-NEUVIÈME LEÇON

VINGTIÈME LEÇON

VINGT ET UNIÈME LEÇON

VINGT-DEUXIÈME LEÇON

VINGT-TROISIÈME LEÇON

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

VINGT-CINQUIÈME LEÇON

VINGT-SIXIÈME LEÇON

VINGT-SEPTIÈME LEÇON

VINGT-HUITIÈME LEÇON

VINGT-NEUVIÈME LEÇON

TRENTIÈME LEÇON

TRENTE ET UNIÈME LEÇON

TRENTE-DEUXIÈME LEÇON

Paris. — Typ. Ph. Renouard, 19, rue des Saints-Pères — 44995.


U. C. BERKELEY LIBRARIES
C046768133

